

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Epoca II, Volumen I - 2º/3er. trimestre 1990



2/3



REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: ANA GIMENO-BAYON COBOS, LLUIS CASADO ESQUIUS, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, PEDRO GALIANA VILLA, MAR GOMEZ MASANA, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ.

Secretaria de Redacción y Administración: MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

Consejo Editorial en fase de constitución. Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.A.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Tel. (93) 321 75 32 (lunes tarde)

Epoca II, Volumen I - Nº 2-3 - 2^o/3^{er}. trimestre 1990

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Más... Tres Ediciones, s.c.p.

Ave. Rep. Argentina, 225, 6^o 1^o. Tel.: 418 28 67. Fax: 417 52 35. 08023-BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA.

Verntallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 0212-6451

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

Precio de la suscripción por un año 3.000 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LAS TERAPIAS COGNITIVAS: INTRODUCCION HISTÓRICA Y PERSPECTIVAS ACTUALES	5
Guillem Feixas i Viaplana	
METATEORIA CONSTRUCTIVISTA: IMPLICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA	35
Michael J. Mahoney	
EL CAMBIO COGNITIVO	51
Manuel Villegas Besora	
TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION	81
Francesc J. Mestre Lorén	
APEGO Y EXPLORACION EN LA PATOGENESIS DE LAS FOBIAS	95
Sandra Sassaroli y Roberto Lorenzini	
DE LA REVOLUCIÓN COGNITIVA A LA INTERVENCION SISTEMICA EN TERMINOS DE COMPLEJIDAD: LA RELACION ENTRE TEORÍA Y PRACTICA EN LA EVOLUCIÓN DE UN TERAPEUTA COGNITIVO	113
Vittorio F. Guidano	
* * * * *	
NOTA INFORMATIVA SOBRE EL ENCUENTRO ANUAL DE SEPI	131
Guillem Feixas i Viaplana	
COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS	143
REVISTA DE REVISTAS	145

EDITORIAL

De acuerdo con lo que anunciamos a nuestros suscriptores al presentar la REVISTA DE PSICOTERAPIA es nuestra intención dedicar el número doble que abarca el período verano/otoño a un tema monográfico. En esta ocasión el tema escogido ha sido el de las TERAPIAS COGNITIVAS. En la concepción del número se ha pretendido seguir un orden de lo más general a lo más particular, para facilitar una lectura sistemática de los artículos.

Así, en primer lugar, hemos situado el artículo de Guillem Feixas que trata de esbozar una panorámica general de las llamadas terapias cognitivas, las cuales no ofrecen la homogeneidad conceptual ni de tratamientos que podría parecer a primera vista, sino que muestran tendencias diferentemente focalizadas, de acuerdo con sus orígenes también diversos.

El artículo de M. Mahoney está orientado a presentar el constructivismo como una forma de integración metateórica de las diversas modalidades terapéuticas, cognitivas o no, desde una perspectiva en que el conocimiento no es únicamente una función racional y consciente, sino experiencial, donde los procesos de cambio se producen muchas veces a nivel tácito o inconsciente.

Sobre el tema del cambio cognitivo versa el trabajo de Manuel Villegas, en el que se considera el predominio de la focalización sobre los contenidos en los distintos modelos de terapias cognitivas, frente al olvido de los procesos. Se analizan, igualmente desde un punto de vista crítico, las técnicas de intervención propiciadas por las terapias cognitivas basadas, en su mayor parte, en estrategias retóricas de gran relevancia y tradición dentro del pensamiento racionalista occidental.

Una de las aplicaciones más conocidas de las terapias cognitivas se ha producido en el campo de las depresiones. El artículo de Francesc Mestre constituye una sucinta, pero sistemática exposición de las bases conceptuales y de las estrategias terapéuticas que se utilizan en el tratamiento de las depresiones desde el punto de vista cognitivo.

Sandra Sassaroli y Roberto Lorenzini, han desarrollado conjuntamente una teoría cognitivo/constructivista sobre las fobias. Su trabajo incorpora el aspecto evolutivo, basado en la teoría del apego afectivo

de Bowlby, a la consideración estrictamente cognitiva de las fobias. Esta visión da como resultado un planteamiento altamente original y sugestivo que ha merecido la atención de muchos psicoterapeutas no sólo en Italia, donde se presentó por primera vez, sino también en el extranjero.

La lectura de las reflexiones en voz alta de Vittorio Guidano nos adentra por los vericuetos seguidos por uno de los terapeutas cognitivos más conocidos, que le han llevado hacia una búsqueda sin fin del paradigma o metacriterio que permita entender el fenómeno insondable del cambio psicológico o humano, que se produce en la psicoterapia. Siguiendo a Heidegger, podríamos decir que Guidano nos introduce por las "sendas perdidas" (*Holzwege*), caminos que no llevan a ninguna parte definitiva, sino que abren constantemente nuevas vías hacia la exploración y la comprensión infinitas.

LAS TERAPIAS COGNITIVAS: INTRODUCCION HISTORICA Y PERSPECTIVAS ACTUALES

Guillem Feixas i Viaplana
Universitat de Barcelona

This paper analyzes the development of cognitive therapies to provide an idea of the state of the art, reflecting its extant different trends. Cognitive therapies that are not the result of the efforts of a single creator but of several independent thinkers (Beck, Ellis, Kelly) along with the "cognitive-behavioral" trend. In the eighties, the development of a constructivist perspective (Guidano, Liotti, Mahoney, Neimeyer) within the cognitive realm suggest the idea of "a revolution within the revolution." In describing the present situation we follow the distinction proposed by Mahoney & Gabriel (1987) between rationalist and constructivist perspectives. This bears important implications for conceptualizing the client's problem and providing therapy. Further distinctions are suggest to propose a taxonomy for the cognitive therapies. Within the rationalist perspective we can distinguish between skills training (self-control, problem solving, coping) and cognitive restructuring. Among the constructivist therapies we distinguish evolutive approaches (structural, human change processes, piagetian) from the classical personal construct therapy. Although such a diversity provides a rich heritage, it also presents some problems regarding the identity and internal coherence of cognitive therapies. The need for a theoretical foundation based on cognitive psychology is especially highlighted.

Las terapias cognitivas son uno de los desarrollos más interesantes surgidos en el campo de la psicoterapia en los últimos veinticinco años. Su impacto tanto en las publicaciones científicas como en la práctica de muchos psicoterapeutas es notable. En una encuesta realizada entre psicólogos americanos del área clínica y de asesoramiento, Smith (1982) encontró que el 12,1% de los encuestados se consideraba cognitivo, frente al 14,7% de psicodinámicos, 12,6% de humanistas, 6,8% de conductistas, y el 41,2% de eclécticos. Es decir, que casi el 21% de los profesionales no considerados eclécticos se autodenominaron cognitivos. Bajo este rótulo se agrupan un buen número de terapias que se centran en la evaluación y consiguiente cambio de las cogniciones del sujeto como forma principal de proceder para conseguir el cambio psicológico.

Aunque muchos son los enfoques terapéuticos que han aparecido en los últimos años, las terapias cognitivas han adquirido en poco tiempo un protagonis-

mo muy destacable en el contexto de las psicoterapias. Varios son los factores que han contribuido a este auge espectacular, derivados en gran parte de las condiciones históricas en que se desarrollaron. Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes de gran calibre (Beck, Ellis, Kelly) sino que convergieron con una particular orientación de la terapia conductual, el enfoque denominado cognitivo-conductual. De hecho, en la actualidad se siguen utilizando simultáneamente ambas denominaciones para algunas terapias. Por otro lado, el auge paralelo del paradigma cognitivo en psicología ha creado un clima socio-científico favorable a estos enfoques. Otro factor importante, además de los socio-históricos, es el notable nivel de sistematización que normalmente presentan estas terapias. Por lo general cada terapia cuenta con una obra básica (p.e., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) que constituye un manual donde se indican con precisión, además de las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta. Finalmente, cabe destacar el interés por la investigación y la verificación empírica de estas terapias. Tal vocación investigadora se refleja en el gran número de estudios empíricos realizados comparable, a pesar de su juventud, al de enfoques terapéuticos ya clásicos (conductismo y psicoanálisis) y muy por encima de otros enfoques anteriores (p.e., terapias humanistas).

El objeto de este artículo es presentar los factores que han influido en el surgimiento de las terapias cognitivas, además de realizar una presentación panorámica de algunos de sus aspectos más relevantes, teniendo en cuenta sus desarrollos más recientes así como la pluralidad existente.

CONTEXTUALIZACION HISTORICA

Antecedentes históricos

“No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas” (Epicteto en *“Encheiridion”*, s. I d. C.)

En efecto, los estoicos (desde Cicerón hasta Marco Aurelio) al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las “pasiones”, captaron algunos de los supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas. Más tarde tanto Hume como Spinoza señalaron la primacía del pensamiento sobre las emociones. Kant sostuvo que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un “sentido privado”. También podemos encontrar otros antecedentes filosóficos de las terapias cognitivas en Vico, Vaihinger, y según como a la concepción fenomenológico-existencial. El valor como antecedente de estos filósofos depende en parte del tipo de terapias cognitivas a que nos refiramos, tal como se desarrolla más adelante.

Entre los antecedentes psicológicos cabe destacar los siguientes factores:

1) **La aparición del conductismo mediacional o covariante.** En términos generales el enfoque cognitivo constituye una especificación del modelo S-O-R de Woodworth (1929), en la que la “O” del organismo es interpretado en términos

cognitivos, pero cuenta sobre todo con los desarrollos de Homme, Osgood y Tolman (ver Tous, 1989). El conductismo covariante de Homme (1965) propuso que los contenidos mentales o sucesos privados deben ser considerados conductas encubiertas que siguen los mismos principios del aprendizaje que operan en la conducta manifiesta. Así propone Homme (1965), un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas una encubierta y otra patente que covarían la una con la otra, de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas. La conducta anormal, según Homme, se da cuando la conducta y el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa. Muchos autores coinciden en considerar también al aprendizaje social de Rotter (1954) como un predecesor de las terapias cognitivas.

2) El descontento existente con los tratamientos tanto conductuales como psicoanalíticos. La efectividad de los primeros se veía limitada generalmente a aquellos trastornos con notables correlatos conductuales. La dificultad de contrastación de los supuestos psicoanalíticos se añade a la larga duración y pobre evidencia sobre la eficiencia de las terapias psicodinámicas.

3) La emergencia de la psicología cognitiva como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información (ver Ingram, 1986). Sin embargo, tanto Tous (1989) como Ibáñez (1988) coinciden con la afirmación de Ingram (1986) sobre la falta de fundamentación real de las terapias cognitivas en la psicología cognitiva (hecho que por otra parte reconocen también Beck et al, 1979). Así es que las terapias cognitivas no se pueden considerar como un desarrollo tecnológico de la psicología cognitiva sino que sólo podemos hablar de una influencia convergente en la formación de un nuevo "zeitgeist" que otorga un papel central a la cognición.

Desarrollo histórico

Las terapias cognitivas han nacido de la mano de diversos autores pioneros que, a pesar de sus diferencias, han coincidido en su enfoque sobre el papel de los procesos mentales. Se pueden distinguir así los tres principales orígenes de las terapias cognitivas:

1) Aunque Raimy (1975) señala a DuBois (1909) como predecesor de las terapias cognitivas, fue Kelly (1955) el primero en presentar una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo. Según su postulado principal la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al self y al mundo. A pesar de precederlas en el tiempo, su influencia ha sido escasamente reconocida en la emergencia del resto de terapias cognitivas. Sin embargo, en la última década se considera a la terapia de los constructos persona-

les como uno de los enfoques más originales y característicos de la reciente orientación cognitivo-constructivista (Mahoney, 1988a). Así es que este enfoque se halla en la curiosa situación de ser la terapia cognitiva más antigua y una de las que presenta más retos en la actualidad.

2) Tanto Albert Ellis (1962) como Aaron T. Beck (1967) fueron destacados fundadores, y aún pueden considerarse los principales representantes, de las terapias cognitivas. Ambos se formaron y practicaron con el psicoanálisis pero su trayectoria los llevo a rechazar tanto sus conceptos como la terapia por falta de evidencia empírica y eficacia, respectivamente. Ellis (1962) reemplazó la escucha pasiva con una actitud activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede substituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables.

Beck (ver Prólogo de Beck et al, 1979) por su parte, sumó a su insatisfacción por la terapia psicoanalítica, sus hallazgos empíricos discrepantes con las postulados freudianos. En sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas esperables desde la teoría psicoanalítica (p.e., agresividad hacia el yo) sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos pueden ser identificados y modificados con la obtención de evidencia que cuestione su validez.

3) Varios líderes en la terapia de conducta desarrollaron sus modelos terapéuticos hasta hacerlos también cognitivos. Esto ha dado lugar a que se hable a menudo de terapias "cognitivo-conductuales" casi en la mayoría de las obras sobre este tema previas a 1985. Si bien es cierto que el empuje proporcionado por estos líderes conductistas ha sido determinante para las terapias cognitivas, la anterior denominación híbrida no parece apropiada dado el actual panorama.

Mahoney y Arnkoff (1978) señalan a Bandura (p.e., 1969) como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propició:

a) La aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos;

b) La postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico.

Posteriormente Bandura (1977) afirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta. Por otro lado, tanto Mahoney (1974) como Meichenbaum (1969) otorgaron un papel determinante al auto-control (en contraposición al control ambiental externo). Meichenbaum se vio influido por los psicólogos soviéticos (especialmente

Vygotsky) que pusieron de manifiesto el papel auto-regulador del lenguaje. También Lazarus (1971), que había trabajado en el paradigma wolpiano de la desensibilización sistemática, empezó a postular la importancia de los componentes cognitivos e imaginativos en esta forma de tratamiento.

Así fue como en los años setenta las terapias cognitivas conocieron un auge importante al confluir el trabajo de autores independientes (Beck, Ellis, Kelly) con el enfoque cognitivo-conductual. En la década de los ochenta la contribución de autores como Guidano y Liotti, y el giro conceptual adoptado por Mahoney sugieren un nuevo panorama en el que toma un papel relevante la orientación constructivista de estas nuevas terapias cognitivas.

CARACTERISTICAS GENERALES

Aspectos comunes de las terapias cognitivas

Las terapias cognitivas constituyen un enfoque terapéutico que opera mediante la alteración de las cogniciones o procesos cognitivos del cliente. Parten del principio básico común de que “los contenidos mentales que produce el ser humano influyen en su conducta” (Tous, 1989, p. 17) y estado emocional. Este enfoque atribuye una papel central a las cogniciones como mediadores en la generación de conductas y emociones. El término “cognición” se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, significados, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc.

Los postulados de lo que Mahoney (1977) denomina paradigma de aprendizaje cognitivo pueden servir para ilustrar los supuestos básicos de las terapias cognitivas:

- 1) El organismo humano responde principalmente a representaciones cognitivas de su entorno más que al ambiente en sí.
- 2) Estas representaciones cognitivas se relacionan funcionalmente con los procesos y parámetros del aprendizaje.
- 3) La mayor parte del aprendizaje humano es mediado por cogniciones.
- 4) Los pensamientos, emociones y conductas son causalmente interactivos.

Por otra parte, Dobson y Block (1988) postulan tres puntos comunes básicos de las terapias cognitivo-conductuales: (1) La actividad cognitiva afecta la conducta, (2) La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada, y (3) El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo. Sin embargo, sugieren que los supuestos en los que se basan las terapias cognitivas no están plenamente probados. Aunque existe considerable evidencia de que la interpretación cognitiva de un acontecimiento puede afectar la respuesta del sujeto, este enfoque implica unos supuestos implícitos de difícil verificación. Por ejemplo, es cuestionable suponer que podemos tener acceso a la actividad cognitiva, puesto que nuestro conocimiento de las cogniciones (o evaluación cognitiva) se basa principalmente en los autoinformes del sujeto (ver Merluzzi, Glass & Genest, 1981). Por otro lado puede resultar aventurado suponer que el cambio de conducta puede producirse

mediante el cambio cognitivo. Aunque Bandura (1977) ha puesto de manifiesto que la capacidad percibida por el sujeto fóbico predice su conducta frente a un objeto temido, “es aún extraordinariamente difícil demostrar que los cambios cognitivos medien los conductuales” (Dobson y Block, 1988, p. 6).

Pero más allá de esta crítica por la falta de evidencia empírica, Gonçalves (1989) comenta que estas comunalidades son tan amplias que podrían incluir casi todos los enfoques terapéuticos, perdiendo así toda capacidad discriminativa. De este modo, Mahoney y Freeman (1985) incluyen en su compendio enfoques como los de Frankl, Sullivan, Horney, Adler y otros enfoques psicodinámicos, que anteriormente nunca se habían considerado cognitivos. Por otro lado, Mahoney y Lyddon (1988) llegan a enumerar hasta 20 terapias cognitivas distintas, algunas de las cuales sólo cuentan con una publicación.

Aun atendiendo a las características de la práctica de la terapia cognitiva (intervención activa del terapeuta, centramiento en el problema, tiempo limitado, procedimientos sistematizados mediante manuales, etc.), la falta de unas características definitorias más precisas señala el déficit conceptual y en definitiva una crisis de identidad de las terapias cognitivas. Tal crisis se ve agravada por las distintas clasificaciones y tipologías existentes que denotan una falta de acuerdo general no sólo al nivel conceptual (se habla al mismo tiempo de creencias, cogniciones, pensamientos automáticos, etc. sin una definición precisa) sino en la forma como organizar las diferentes versiones o tipos de terapias cognitivas.

Tipos de terapias cognitivas

Una de las primeras clasificaciones la realizaron Mahoney y Arnkoff (1978) subdividiendo las terapias de aprendizaje cognitivo en tres tipos: (1) reestructuración cognitiva, (2) habilidades de afrontamiento, y (3) resolución de problemas. Este esquema les parece aún válido diez años más tarde a Dobson y Block (1988) para incorporar algunos desarrollos posteriores. Sin embargo, existen varios enfoques que difícilmente se ajustan a esta clasificación, como por ejemplo el de Guidano y Liotti (1983) o el de Mahoney (1988b, 1990). Es por ello que la clasificación general que realizan Mahoney y Gabriel (1987) entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas, al estar basada en los supuestos epistemológicos diferenciales, nos parece oportuna para organizar el panorama actual de las terapias cognitivas.

Después de revisar las aportaciones de las teorías motoras de la mente, de la epistemología evolucionista, de los procesos auto-organizativos y del constructivismo (ver Feixas y Villegas, 1990) y contrastarlos con los presupuestos racionalistas tradicionales, Mahoney y Gabriel (1987) proponen distinguir entre las terapias cognitivas que adoptan supuestos epistemológicos racionalistas/objetivistas y las epistemológicamente constructivistas. Entre las primeras se hallan las terapias cognitivas que parten de la supremacía causal de lo cognitivo sobre lo emocional y conductual, es decir, la supremacía de la razón sobre la sensación.

Tales enfoques asumen que existe una realidad independiente representada en el cerebro, siendo éste un “órgano cuya función primordial es registrar y retener ‘copias’ precisas de la realidad externa” (Mahoney y Gabriel, 1987, p. 45). Es congruente con este enfoque hablar de pensamientos “realistas” o “racionales” en contraste con aquellos que son “erróneos”, “distorsionados”, o “irracionales”. En cambio las terapias cognitivas basadas epistemológicamente en el constructivismo no reconocen la primacía de la cognición sobre la acción y la emoción, a la vez que desafían la posibilidad de adquirir un conocimiento verdadero de la realidad. Para la epistemología constructivista la realidad no se nos representa directamente sino a través de un proceso de construcción en el que el sujeto tiene una gran responsabilidad (ver Feixas y Villegas, 1990). Una comparación de las bases epistemológicas de ambos tipos de terapias cognitivas puede hallarse en la Tabla 1.

Se podría pensar que las diferencias entre terapias cognitivas racionalistas y constructivistas son sólo epistemológicas, pero Mahoney (1988a, c, 1990; Mahoney y Gabriel, 1987, Mahoney y Lyddon, 1988) argumenta que no es así. En tales escritos Mahoney desarrolla en profundidad las características diferenciales del enfoque constructivista tanto en la conceptualización de los problemas como en la práctica clínica. Una primera implicación teórica derivada de la epistemología, es la concepción del sistema nervioso. Para la tradición racionalista la función del sistema nervioso es proporcionar representaciones mentales fidedignas de la realidad, mientras que para el constructivista su función es la estructuración idiosincrásica (o construcción) de la experiencia de forma que se adapte al patrón evolutivo del sujeto. Así la noción de representación mental también adquiere un valor distinto para ambos enfoques. En el enfoque racionalista del procesamiento de información las representaciones cognitivas se corresponden con la realidad (salvo alteración patológica), y son codificadas y almacenadas en la memoria para servir la función de patrones o modelos mentales. Es decir, se concibe la cognición “desde fuera hacia adentro”, como estructuradora de la información sensorial (Weimer, 1977). La visión de las teorías motoras de la mente (Hayek, 1978; Powers, 1973; Weimer, 1977), adoptadas por el constructivismo, sugiere un enfoque distinto del conocimiento según el cual el sujeto proyecta sus estructuras tácitas y abstractas sobre el orden sensorial. Así la actividad motora se concibe a la vez como resultado y como control de la percepción, de forma que la acción va dirigida a modificar la percepción. Weimer (1977) llega a afirmar que “la mente es intrínsecamente un sistema motor” (p. 272). En este modelo adquieren gran valor dentro de la jerarquía mental las estructuras tácitas o procesos abstractos que Hayek (1978) denomina “supraconsciente”, sugiriendo así una primacía de lo abstracto en el orden mental. Una implicación de este enfoque del conocimiento es que se concibe la cognición de una forma más holista que en los modelos de procesamiento de información que reclaman la primacía de la cognición sobre el afecto y la conducta. El enfoque constructivista sugiere que (1) la distinción entre cognición, emoción y conducta proviene más bien de nuestro legado filosófico-

TABLA 1. Cuadro comparativo entre dos posturas epistemológicas:
Constructivismo y Objetivismo

<i>CONSTRUCTIVISMO</i>	<i>OBJETIVISMO</i>
<i>La naturaleza del conocimiento</i>	
Conocimiento como construcción de la experiencia.	Conocimiento como representación directa del mundo real
Conocimiento como intervención de nuevos marcos interpretativos.	Conocimiento como descubrimiento de la realidad factual
Conocimiento como proceso evolutivo, moldeado por la invalidación resultante de mecanismos selectivos (adaptación). Evoluciona mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras.	Conocimiento como proceso moldeado mediante aproximaciones sucesivas a una verdad absoluta. Progreso mediante la acumulación de datos
<i>Criterios para la validación del conocimiento</i>	
Validación mediante consistencia interna con las estructuras existentes de conocimiento y el consenso social entre observadores.	Validación proporcionada directamente por el mundo real mediante los sentidos
Validación mediante ajuste y viabilidad (precisión de las predicciones de acuerdo con el marco interpretativo en uso).	Validación mediante la correspondencia entre representación y realidad
Diversidad de significados posibles y de interpretaciones alternativas.	Un único significado válido, la Verdad (pp.
<i>Características estructurales del conocimiento</i>	
Conocimiento como captación de diferencias.	Conocimiento como formación de conceptos (captación de cualidades inherentes a los objetos del mundo real)
Conocimiento estructurado en sistemas jerárquicos y auto-organizados.	Conocimiento consistente en la clasificación, categorización y acumulación
<i>Intercacción humana</i>	
Acoplamiento estructural o encaje mutuo de las estructuras de dos organismos.	Interacción instructiva o transmisión de información de un organismo a otro
<i>Seres vivos</i>	
Organismos proactivos, planificadores, y orientados hacia fines.	Organismos reactivos

cultural, (2) la distinción entre procesos sensoriales y motores es cuestionable, y (3) propone contemplar los fenómenos cognitivos, emocionales y conductuales como “expresiones de procesos holísticos y sistémicos” (Mahoney, 1988c, p. 374). Desde esta perspectiva las emociones, incluso las extremas, no son vistas sólo como algo trastornado a eliminar sino como formas primitivas y poderosas de conocimiento que indican estados importantes de transición de la estructura holística del self (Kelly, 1955; Mahoney, 1990).

Estas diferencias a nivel epistemológico y teórico entre los enfoques racionalistas y constructivistas se reflejan notablemente en la práctica clínica (Feixas y Villegas, 1990). Mahoney y Gabriel (1987) han esquematizado en la Tabla 2 las diferencias de ambos enfoques a un nivel terapéutico. En términos generales, podríamos decir que la perspectiva racionalista tiene un componente psicoeducativo importante, bien sea en el sentido de instruir al cliente en las habilidades para enfrentarse a su problema, o en el de corregir sus cogniciones distorsionadas. En cambio, la perspectiva constructivista concibe el problema como un exponente de un proceso de transición hacia la reconstrucción del sistema cognoscitivo del cliente, por lo que se propone acompañar de la forma más efectiva posible al cliente en tal reconstrucción. En otros términos se podría decir que los enfoques racionalistas tienden a propiciar en el cliente el auto-control, mientras que los constructivistas se centran en el desarrollo del sistema cognoscitivo de la persona, aunque para ello empleen puntualmente estrategias de auto-control. No obstante, las dos perspectivas no son tan distintas como pretenden, quizás por motivos didácticos, Mahoney y sus colaboradores. Sin duda los terapeutas de orientación racionalista no deben sentirse muy bien representados en el esquema de la Tabla 2, puesto que ellos en muchos casos procuran también proporcionar un contexto seguro y de apoyo desde donde estimular la exploración del cliente, por poner sólo un ejemplo.

Esta distinción entre terapias racionalistas y constructivistas nos parece una de las formas más coherentes de organizar la diversidad de terapias cognitivas. Aunque el origen de tal distinción es claramente epistemológico, conlleva implicaciones teóricas y prácticas substanciales. A la luz de esta clasificación general se pueden encuadrar otras categorías más específicas, tal como proponemos en la Tabla 3. En tal esquema clasificatorio, dentro de la perspectiva racionalista, hemos distinguido el entrenamiento de habilidades de la reestructuración cognitiva. Mientras que el primero sitúa la raíz de los problemas en el déficit de aprendizaje o habilidades cognitivas, el segundo sostiene que son las creencias o pensamientos erróneos los responsables de los trastornos. Asimismo, podemos distinguir entre el entrenamiento de habilidades de (1) auto-control (para ayudar a que el sujeto controle mejor su conducta mediante auto-observación, auto-evaluación más positiva y consiguiente refuerzo de las conductas deseadas), (2) resolución de problemas (para ayudar a que la persona se plantee adecuadamente sus problemas, genere un buen número de posibles soluciones alternativas, seleccione las más

TABLA 2. Cuadro comparativo entre las terapias cognitivas racionalistas y las constructivistas.

Asunto/Tema	Perspectiva Racionalista	Perspectiva Constructivista
Enfasis de la intervención	a. A-histórica b. Centrada en el problema c. Centrada en el control	a. Histórica b. Centrada en los procesos c. Centrada en el desarrollo
Conceptualización de los problemas	Los problemas son disfunciones, déficits o sus correlatos emocionales; deben ser controlados, eliminados o re-dirigidos.	Los problemas son discrepancias entre la tensión ambiental y las capacidades actuales; reflejan limitaciones en tales capacidades y no deben confundirse con procesos de orden más abstracto.
Conceptualización de las emociones	Las emociones, especialmente las intensas y negativas, <u>son</u> el problema; el pensamiento irracional es la causa.	Las emociones son formas de conocimiento primitivas y potentes: se debe fomentar la experiencia y la exploración afectiva.
Resistencia	La resistencia refleja falta de motivación, ambivalencia, o evitación. Es un impedimento para el cambio terapéutico y debe ser "vencida".	La resistencia refleja procesos de autoprotección que resguardan la integridad sistémica y protegen de un cambio "nuclear" súbito. Se debe trabajar <u>con</u> y no <u>contra</u> ella.
Insight	El insight de las creencias irracionales es necesario y (casi) suficiente para el cambio terapéutico.	El insight puede ayudar a transformar significados personales y facilitar el cambio, pero los aspectos emocionales y conductuales también son importantes.
Relación terapéutica	La relación terapéutica implica instrucción técnica y guía.	La relación terapéutica aporta un contexto seguro, intenso y de apoyo en el que el cliente puede explorar y desarrollar formas de relación con el mundo y con sí mismo.
Recaídas y regresiones	Las recaídas y regresiones reflejan fallos de continuidad y de generalización que deben evitarse y minimizarse.	Las recaídas y regresiones reflejan límites en las capacidades y/o ciclos de desarrollo psicológico; suponen importantes oportunidades de aprendizaje.

TABLA3. Propuesta de clasificación de las terapias cognitivas.

<p>Perspectiva Racionalista</p>	<p>Entrenamiento de habilidades</p>	<p>de auto-control (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974; Rehm, 1977; Rehm y Rokke, 1988) de resolución de problemas (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Goldfried, 1971; Spivack, Platt y Shure, 1976; Spivack y Shure, 1974) de enfrentamiento (Meichenbaum, 1977; 1985; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Suinn y Richardson, 1971; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983)</p>
	<p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>(Beck, 1976; Beck et al, 1979; Beck y Emery, 1985; Dryden, 1984; Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977; Maultsby, 1984; Wessler y Wessler, 1980)</p>
<p>Perspectiva constructivista</p>	<p>Terapia de constructos personales</p>	<p>(Epting, 1984; Kelly, 1955; Neimeyer y Neimeyer, 1987; Procter y Feixas, en prep., Winter, 1990)</p>
	<p>Enfoques evolutivos</p>	<p>estructurales (Guidano, 1987; 1990; Guidano y Liotti, 1983; Reda, 1986) procesos de cambio (Mahoney, 1990) piagetianos (Ivey, 1986; Rosen, 1985; Weiner, 1975)</p>

adecuada y revise su decisión de forma sistemática), y (3) de enfrentamiento a la ansiedad, estrés, al dolor o a cualquier otro trastorno o dificultad (p.e., mediante la inoculación del estrés o el aprendizaje auto-instruccional). Como puede verse, hemos englobado las categorías de habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas propuestas por Mahoney y Arnkoff (1978) bajo el encabezamiento de la primera por observar que los supuestos teóricos son los mismos: un déficit cognitivo para el que se precisa un entrenamiento compensatorio.

Hemos englobado bajo el rótulo de reestructuración cognitiva tanto la terapia cognitiva de Beck, como la racional emotiva creada por Ellis y sus derivados. Aunque la primera se centra más en los pensamientos automáticos negativos y formas de razonamiento/inferencia erróneas, y la segunda en las creencias irracionales, ambos enfoques presentan suficiente comunalidad como para convivir en esta categoría caracterizada por la detección y sustitución de cogniciones inadecuadas.

Dentro de la perspectiva racionalista hemos separado la terapia de los constructos personales del resto de enfoques por motivos tanto conceptuales como históricos. Hemos comentado ya estos últimos al presentar a Kelly como un pionero de las terapias cognitivas, y mencionar que los enfoques evolutivos aparecen con posterioridad, la mayoría en la década de los ochenta. Conceptualmente hay que señalar que el enfoque de Kelly carece de una elaboración de los aspectos evolutivos. Kelly se centra en la estructura del sistema de constructos personales y en sus procesos de cambio más que en la comprensión de la génesis de tal sistema (a pesar de otorgar también un peso importante a la reconstrucción que el sujeto hace de su propia historia). En cambio, los enfoques evolutivos se han esforzado en la comprensión de la génesis de los esquemas cognitivos actuales a través de, por ejemplo, las relaciones de apego tempranas del sujeto concebidas como estructuradoras del sistema cognitivo. A pesar de su juventud se pueden distinguir ya tres líneas distintas entre los enfoques evolutivos. La propuesta estructural de Guidano y Liotti (1983) fue realmente el precursor de los demás enfoques, influyendo en gran manera la propuesta de Mahoney (1990), tal como este último reconoce. Sin embargo, la obra de Mahoney (1990) presenta un marco filosófico y conceptual de gran embergadura, a la vez que sugiere unas técnicas y una sistematización del proceso terapéutico que suponen una verdadera aportación característica. Los enfoques llamados piagetianos basan su conceptualización de la terapia en las nociones propuestas por Piaget para los procesos de desarrollo y cambio cognitivo (p.e., asimilación y acomodación).

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LAS TERAPIAS RACIONALISTAS

La exposición detallada de cada uno de los enfoques presentados en el esquema de la Tabla 3, excedería en mucho los límites de este artículo. En esta sección se van a describir brevemente algunos enfoques representativos de las

terapias cognitivas de corte racionalista. Hemos escogido una terapia del enfoque de entrenamiento de habilidades y otra del de reestructuración cognitiva, procurando que la terapia seleccionada fuera relevante y conocida.

La inoculación del estrés de Meichenbaum

Donald Meichenbaum ha resaltado el papel que tienen los mensajes que nos decimos a nosotros mismos en la generación y el mantenimiento de los problemas psicológicos. En un estudio en el que promovió el uso de auto-instrucciones positivas en pacientes esquizofrénicos mediante condicionamiento operante, Meichenbaum (1969) observó mejoras en diversas variables. Relacionó tal hallazgo con las investigaciones de los soviéticos Luria (1961) y Vygotsky (1962) sobre la importancia del lenguaje en la regulación de la conducta. La noción de estos autores de que el control voluntario se desarrolla con el paso progresivo de la regulación externa (llevada a cabo por figuras significativas) a la interna. Ello implica la necesidad de la internalización de auto-instrucciones para llegar a la auto-regulación. Esta concepción es la que orienta el aprendizaje auto-instruccional propuesto por Meichenbaum y Goodman (1971) para el tratamiento de niños impulsivos.

Aunque influida por este enfoque, la inoculación del estrés se basa en una noción distinta, la de inmunización psicológica del individuo para aquellas situaciones que le resultan estresantes. Al proponer este modelo de intervención Meichenbaum (1977) destaca la importancia de aprender a enfrentarse a cantidades de estrés pequeñas y manejables, para trabajar progresivamente con agentes estresores más potentes. Meichenbaum y Cameron (1983) describen este modelo en tres fases, una educativa, otra de adquisición y ensayo de habilidades, y la tercera de exposición graduada. En la Tabla 4 se desarrollan esquemáticamente estas tres fases. Como se puede ver en el esquema, el entrenamiento auto-instruccional ha pasado a ser un componente más de este enfoque, quizás el más característico.

La terapia cognitiva de Beck

Ya se ha descrito el papel pionero del enfoque de Beck en el surgimiento de otras terapias cognitivas. En sus investigaciones con pacientes depresivos Beck encontró una serie de distorsiones sistemáticas en sus patrones de pensamiento, que fueron recopiladas en una tipología de distorsiones cognitivas (Beck, 1967). Por ejemplo, una de las distorsiones más comunes es la sobre-generalización, es decir, la inferencia injustificada de conclusiones a partir de datos parciales. Tales distorsiones se observan en los pensamientos que de forma involuntaria y automática fluyen en la conciencia del sujeto, y que se le antojan como plausibles y racionales. Beck (1976) extendió su foco de estudio de la depresión a otros trastornos emocionales de forma que sugirió distorsiones cognitivas específicas para distintos trastornos. Así es que su modelo supone una reformulación abarca-

TABLA 4. *Esquema de procedimiento para el entrenamiento en inoculación del estrés (adaptado de Meichenbaum y Cameron, 1983).*

Primera fase: Conceptualización

- a) Recogida de datos
 - * Identificar los determinantes del problema mediante entrevista, y observación conductual
 - * Distinguir entre error de ejecución y déficit de habilidad
 - * Formular el plan de tratamiento y análisis de tareas
 - * Introducir modelo conceptual integrador
- b) Entrenamiento en habilidades de evaluación
 - * Entrenar al cliente para que analice independientemente los problemas (p.e., a realizar análisis situacional y buscar datos desconfirmantes)

Segunda fase: Entrenamiento y ensayo de habilidades

- a) Entrenamiento de habilidades
 - * Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento (p.e., comunicativas, asertivas, de resolución de problemas, parentales, hábitos de estudio)
 - * Entrenar al cliente en habilidades de afrontamiento paliativas (toma de perspectiva, diversificación de la atención, uso del apoyo social, expresión adecuada del afecto, relajación)
 - * Promover un repertorio extenso de respuestas de afrontamiento que faciliten una respuesta flexible
- b) Ensayo de habilidades
 - * Promover una adecuada integración y ejecución de habilidades mediante el trabajo con imágenes y el juego de roles
 - * Entrenamiento auto-instruccional para el desarrollo de mediadores simbólicos que regulen las respuestas de afrontamiento

Tercera fase: Aplicación y seguimiento

- a) Inducir la aplicación de las habilidades
 - * Preparación mediante el afrontamiento con imágenes, usando los primeros signos de estrés como señal para enfrentarse
 - * Representar (1) situaciones que se anticipen como estresantes y (2) al cliente entrenando a alguien más
 - * Transferir las actitudes representadas al mundo real
 - * Exposición gradual a estresores dentro de la sesión
 - * Uso de la exposición graduada y ayudas para la inducción de respuestas para facilitar la respuesta en situaciones en vivo y fomentar la auto-eficacia
- b) Mantenimiento y generalización
 - * Fomentar un sentimiento de auto-eficacia de afrontamiento en relación a situaciones que el cliente ve como de alto riesgo
 - * Desarrollo de estrategias para recuperarse de los errores y recaídas
 - * Programar entrevistas de seguimiento.

dora de la psicopatología en términos cognitivos.

Como es sabido es la depresión el área de aplicación más específica de esta terapia, que cuenta con un elaborado y preciso manual (Beck et al, 1979). En síntesis, el modelo de Beck para los trastornos depresivos supone la existencia de una tríada cognitiva de signo negativo: la persona depresiva tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. Se postula además una relación entre la negatividad de tales cogniciones y la gravedad de la depresión (Hollon y Beck, 1979). En nuestro medio contamos con una excelente revisión de este modelo por parte de Harrison, Beck y Buceta (1984).

Beck y Emery (1985) han elaborado un modelo cognitivo para los trastornos de ansiedad, en el que ésta se concibe como un mecanismo adaptativo de la especie para enfrentarse al peligro. Según este modelo, el trastorno de ansiedad se presenta cuando la percepción de peligro (del valor amenazante del estímulo, de la probabilidad de que aparezca) o de las posibilidades del sujeto para enfrentarlo está distorsionada. En el caso de las crisis de angustia existe un factor precipitante que es interpretado como un desastre inevitable. Tal interpretación genera una reacción somática (palpitaciones, hiperventilación, opresión en el pecho, sudoración, etc.) que resulta ser una confirmación del valor amenazante de la situación, con lo que la crisis está asegurada. Una vez finalizada, se ha instaurado un precedente de singular importancia para la futura sobre-valoración amenazante de un determinado tipo de situaciones, además de un estado de alerta e hipervigilancia casi constante, rasgos estos característicos de la "ansiedad flotante" de estos cuadros de angustia.

En el caso de las fobias simples, la distorsión cognitiva se centra en una situación específica debido posiblemente a una multiplicidad de causas (p.e., condicionamiento clásico). Dicha situación es percibida de forma que se le asocian consecuencias catastróficas, así es que el sujeto hace todo lo posible para evitarla. En el caso de la agorafobia, la distorsión se centra en una percepción de alta vulnerabilidad del self. El sujeto se ve a sí mismo como alguien muy vulnerable por alguna de estas razones: (1) por verse cercano a la enfermedad o la locura, (2) por la pérdida de recursos sociales (p.e., miedo a quedarse sólo), y (3) por la inminencia de una situación potencialmente letal de la que no percibe escapatoria o posibilidad de salir, surgiendo así el miedo a morir sólo y entre gente indiferente u hostil. Su lógica reacción es la búsqueda desesperada de escapatoria, y el esfuerzo por controlar las salidas. En esta conceptualización, Weishaar y Beck (1987) reconocen la influencia de Guidano y Liotti (1983), entre otros.

La finalidad de la terapia cognitiva de Beck es reemplazar tales cogniciones patogénicas por otras más realistas. En términos generales, esta terapia supone el adiestramiento del sujeto en métodos de inferencia adecuados y en la contrastación empírica de sus cogniciones. En una primera fase de marcado carácter psicoeducativo se le presenta al cliente un modelo explicativo de la naturaleza de su trastorno emocional de forma que (1) el cliente se sienta comprendido por la

explicación del terapeuta, (2) pueda explicarse su trastorno de una forma racional, (3) perciba la terapia como un método efectivo para solventar el problema, (4) permita al terapeuta enfrentar el pesimismo y desesperanza del cliente como una más de sus distorsiones. En una segunda fase, se produce un trabajo cooperativo para identificar las cogniciones características del sujeto y las situaciones en las que aparecen. Se aplican en esta etapa una serie de técnicas tanto cognitivas (registro de pensamientos disfuncionales, cuestionamiento de las cogniciones, análisis de costos/beneficios, reatribución, etc.) como conductuales (registros de auto-observación, programación de actividades, valoración dominio-agrado, asignación gradual de tareas, distracción, relajación, comprobación de hipótesis, etc.). Sin embargo, nos advierten Beck et al (1979) que el uso de tales técnicas conductuales está supeditado a la finalidad de desafiar las cogniciones erróneas, por lo que su uso se propone por motivos distintos de los conductistas. En una tercera fase, esta terapia centra su énfasis en el mantenimiento de las estrategias de enfrentamiento aprendidas y en la prevención de recaídas.

En suma la terapia cognitiva de Beck propone una colaboración abierta con el cliente para afrontar el problema, enseñándole un modelo explicativo simple y proponiendo estrategias específicas para su resolución. Weishaar y Beck (1987) resumen así su enfoque:

“La orientación empírica de esta terapia convierte el sistema cerrado de creencias del cliente en abierto. El cuestionamiento es el principal instrumento técnico, y la experimentación conductual es la mejor forma de investigar la validez de sus supuestos específicos. Esta experimentación, su propósito y finalidad, ha de ser bien comprendida por el cliente.” (p. 73)

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LAS TERAPIAS CONSTRUCTIVISTAS

En esta sección se van a describir brevemente dos terapias cognitivas de orientación constructivista que no sólo representan estilos diferentes de entender el constructivismo, sino que se corresponden con dos momentos históricos distintos, por lo que tentativamente podríamos hablar de constructivismo clásico y de constructivismo moderno.

La terapia de los constructos personales de Kelly.

Se ha indicado ya el papel inspirador de Kelly en las terapias cognitivas, y su valor como predecesor de la llamada revolución constructivista que hemos vivido en las décadas de los setenta y ochenta (ver Feixas y Villegas, 1990). La psicología de los constructos personales fue presentada por Kelly (1955) y ha persistido hasta esta década en la que ha visto un crecimiento muy notable (Neimeyer, Baker y Neimeyer, 1990). Una exposición del sistema formal de esta teoría se puede encontrar en varios textos de nuestro medio (p.e., Feixas, 1988; Feixas y Villegas, 1990; Villegas y Feixas, 1989).

Para Kelly el funcionamiento humano se basa en la anticipación, y el fracaso en el sistema anticipativo de construcción se acompaña de ansiedad. Tal vacío anticipativo es según Kelly muy difícil de soportar, y las respuestas ante tal situación son muy variadas. A menudo la persona, al no disponer de construcciones alternativas, persiste en su visión a pesar de su inviabilidad, solución que Kelly denomina hostilidad y que en grado extremo conlleva conductas francamente desviadas. Otra solución es la formación de expectativas negativas ante la mayoría de los acontecimientos, de forma que si las cosas van mal ello no conlleva un vacío anticipativo; y si van bien la invalidación se soporta un poco mejor. Tales actitudes se encuentran frecuentemente en pacientes depresivos (Neimeyer, 1985). En otros casos la respuesta a la invalidación supone una rigidificación del sistema de construcción. Aunque un sistema cada vez más monolítico permite en un primer momento trascender la complejidad de muchas situaciones al percibirse éstas de forma muy simplificada, al poco tiempo conlleva necesariamente un fracaso anticipativo a no ser que la persona reduzca sustancialmente su ámbito de experiencia controlando su entorno de interacción y evitando compulsivamente situaciones nuevas. Tal postura es característica de los trastornos neuróticos, y en particular de las personalidades obsesivas. En efecto, revisar el propio sistema de construcción en el sentido de incrementar su complejidad supone un riesgo que la persona no siempre está dispuesta a asumir. La finalidad de la terapia es fomentar los procesos reconstructivos necesarios para incrementar la capacidad predictiva del sistema de la persona. Para ello se establece una relación colaborativa que supone una base segura desde la que la persona puede dar una interpretación alternativa de los acontecimientos, y así encarar la complejidad de las situaciones en las que se encuentra.

De hecho la terapia de constructos personales no se caracteriza por sus técnicas terapéuticas sino por su conceptualización de la terapia y de los problemas del cliente, así como por la propuesta de determinadas estrategias de cambio que pueden ser aplicadas con diversidad de técnicas. Este enfoque de la terapia se conoce con el binomio coherencia teórica-eclecticismo técnico (Feixas y Neimeyer, en prensa; Feixas y Villegas, 1990; Neimeyer, 1987), según el cual el terapeuta puede escoger cualquiera de las técnicas disponibles siempre que responda a una estrategia derivada de la conceptualización del problema en términos de su sistema de construcción.

En este enfoque resulta fundamental la familiarización con los constructos del cliente, especialmente aquellos denominados supraordenados, los cuales gobiernan la estructura del sistema. Para ello Kelly (1955) sugirió el uso de la técnica de rejilla (Feixas, 1989; Rivas y Marco, 1985), además de otros procedimientos de evaluación como la auto-caracterización, el escalamiento, la investigación de la teoría del problema, etc. (Feixas, 1988b). Con ello se pretende averiguar cuales son las tensiones esenciales en las que se sitúa la persona al dar sentido a su mundo, y que significado le otorga a su problema. Ello también permite la

apreciación de algunas características de su sistema de construcción (rigidez, laxitud, fragmentación, etc.), aspectos cruciales para diseñar la estrategia de intervención. Por ejemplo, en un caso presentado para ejemplificar el uso clínico de la rejilla (Feixas, 1989), el cliente presentaba un cuadro ansioso grave cada vez que entraba en un contexto laboral (taller, fábrica, tienda, etc.). Con la aplicación de la rejilla se observó que el polo del constructo "valora el trabajo" se oponía a "valora la felicidad". Además el primero se asociaba, en el sistema de construcción del cliente, con la "búsqueda de seguridad", la "adaptación al sistema", la "ignorancia", y la "actitud autoritaria" características (a los ojos del sujeto) de su madre, padre y hermano. El polo contrapuesto, relacionado con la felicidad, se asociaba con la "búsqueda de aventuras", la "inadaptación al sistema", la "espiritualidad", y la "bondad" (respectivamente) características del cliente y sus amigos. En efecto, la económicamente necesaria entrada del sujeto en un trabajo implicaba un ruptura no sólo de su actual autoconcepto sino de la forma en que el cliente había estructurado el mundo. Se descartó por tanto en este caso, el entrenamiento en habilidades sociales y de enfrentamiento de la ansiedad, y se trabajó en la línea del cuestionamiento de su visión del mundo y del self mediante el diálogo socrático, técnicas de desarrollo de la auto-conciencia y reconstrucción histórica.

Uno de los procedimientos de intervención propuestos originalmente por Kelly (1955) es la técnica del rol fijo (ver Feixas y Villegas, 1990). Neimeyer y Neimeyer (1987) presentan una colección de casos de terapia en los que se pueden ver distintas aplicaciones y modalidades de intervención. En la actualidad se puede decir que la evolución de la propuesta kellyana ha ido más allá de lo que se propuso su creador para ensamblarse con el ritmo de los tiempos y desarrollar nuevas formas de intervención y conceptualización. Un ejemplo de ello es la conexión con el trabajo sistémico y con familias (Feixas, 1990a, b y c; Procter, 1978, 1985; Procter y Feixas, en preparación) área en la que también se ha dado un cierto vuelco hacia el constructivismo como marco epistemológico. Tal convergencia epistemológica sienta unas bases prometedoras para la vinculación de las terapias constructivistas cognitivas con las sistémicas.

El enfoque evolutivo-estructural de Guidano y Liotti

En 1983 se publicó en Estados Unidos una obra que tuvo un gran impacto entre los terapeutas cognitivos de todo el mundo. En efecto, los italianos Guidano y Liotti impresionaron por lo innovador de su enfoque centrado en la evolución del sistema cognoscitivo de la persona desde las primeras relaciones afectivas hasta la aparición de una sintomatología determinada. Sus propuestas sobre el desarrollo del sistema del agorafóbico, por ejemplo, se basan en el estudio retrospectivo de la historia de más de un centenar de pacientes (Guidano y Liotti, 1983). En nuestro medio esta obra ha recibido cierta atención y ha sido analizada con buen sentido crítico por Botella (1987).

Tal como hemos explicitado en otro lugar (Feixas y Villegas, 1990), este enfoque tiene una concepción evolucionista del conocimiento, influida notablemente por el pensamiento de Popper. El sistema cognoscitivo humano se ve como la estructura adaptativa más evolucionada, y las personas como “teorías de nuestro ambiente” (Weimer, 1977). Los problemas suponen dificultades en dicha evolución en las que las demandas ambientales no pueden ser manejadas por el sistema del sujeto, que carece de la complejidad necesaria para enfrentarse a los acontecimientos. Lo que se requiere es un cambio en el paradigma teórico de la persona, cambio en el que el self y el mundo pueden recibir un significado diferente. En este sentido se reconoce la influencia de los filósofos de la ciencia Kuhn (1970) y Lakatos (1970), y el uso de la metáfora propuesta por Kelly (1955) del “hombre como científico”. Si nos detenemos más en esta influencia vemos como tanto este enfoque evolutivo-estructural como los procesos de cambio humano de Mahoney (1990) han reconocido su deuda intelectual con Kelly, que se puede ver en muchos de sus supuestos fundamentales. Para citar algunos ejemplos, (1) la visión de las emociones como estados de transición del sistema, (2) el interés por el desarrollo de la complejidad del sistema cognitivo de la persona, (3) el énfasis en la experimentación o experiencia como motor del cambio, (4) la postulación de procesos cognitivos no verbales o implícitos, (5) la concepción del self como elemento integrador que otorga unidad al sistema cognoscitivo, (6) la concepción jerárquica del sistema cognoscitivo en la que se distinguen entre estructuras nucleares o tácitas y otras más periféricas, etc.

También en concordancia con Maturana y Varela (p.e., 1986), este enfoque concibe al organismo como autónomo (autopoyético) de forma que subordina todos los cambios al mantenimiento de su propia organización que representa su principal invariante, su individualidad, su unicidad y, en definitiva, su identidad.

En la descripción que Guidano y Liotti (1983, 1985) hacen de la evolución del sistema cognoscitivo, juega un papel fundamental la vinculación temprana con una figura de apego que proporciona una especie de molde o marco en el que el niño integra información acerca de sí mismo y del mundo que lo envuelve. Tal marco proporciona una estructura que permite la integración de su experiencia, que de otra forma resultaría fragmentaria. En este sentido, la teoría del apego de Bowlby (p.e., 1977, 1983) resulta crucial para la comprensión del desarrollo cognoscitivo de la persona. Según este enfoque, el crecimiento se concibe como una serie de pasos progresivos, o etapas, en los que se reorganiza el autoconocimiento hasta adquirir el nivel más avanzado en la adolescencia, en concordancia con el período de operaciones formales postulado por Piaget. Este crecimiento viene determinado por el desarrollo metacognitivo (Flavell, 1979) o el progresivo distanciamiento entre el pensamiento y la experiencia inmediata.

Al describir la estructura del conocimiento, Guidano y Liotti (1983, 1985) distinguen entre el conocimiento tácito o profundo, y aquellos aspectos más superficiales o concretos de la cognición. Este conocimiento tácito representa las

estructuras profundas de auto-conocimiento, que se corresponden con los procesos abstractos propuestos por Hayek (1978) y se van desarrollando ya desde el nacimiento. Tales estructuras equivalen al núcleo metafísico (Lakatos, 1970) de las teorías científicas. El conocimiento explícito se desarrolla con el lenguaje, y supone la construcción de modelos representacionales de la realidad. Aunque el conocimiento explícito controla más directamente la organización cognitiva, el conocimiento tácito proporciona el “marco de coordenadas” que establece los límites del conocimiento explícito y sus reglas de transformación. En este modelo la identidad personal se constituye como una estructura intermedia que integra las estructuras anteriores. Las emociones, en este contexto, son indicadoras de pequeños cambios cualitativos en las estructuras tácitas, por lo que merecen una atención especial por parte de este enfoque.

La terapia se concibe como una relación de apego seguro desde la que la persona puede explorar y reconstruir sus estructuras tácitas. En una primera fase, el terapeuta evolutivo-estructural se centra en el síntoma mediante el uso predominante de técnicas conductuales efectivas, con tal de aliviar el sufrimiento y aumentar la sensación de autocontrol. Progresivamente se va potenciando la autoconciencia del sujeto sobre sus propias reglas y procesos (y su verbalización) mediante el uso de técnicas cognitivas tradicionales de entrenamiento de habilidades. Seguidamente se realiza un análisis de la evolución cognitiva mediante la comprensión del desarrollo de sus esquemas actuales a través de las relaciones de apego significativas a lo largo de su vida. Finalmente, en base a la evidencia proporcionada por este análisis evolutivo, se pretenden explicitar y cuestionar las creencias tácitas más nucleares. Como se ve, también este enfoque propone la articulación de un buen número de técnicas a la luz de una cierta coherencia teórica.

A pesar de exhibir una gran comunalidad, Guidano y Liotti han ido publicando por separado en los últimos tres años (Guidano, 1987, 1990; Liotti, 1987). En otro lugar (Feixas y Villegas, 1990) delineamos brevemente sus diferencias, aunque nuestra impresión es que estas publicaciones posteriores a la original (Guidano y Liotti, 1983) representan una evolución de su enfoque en el sentido de una mayor complejidad, riqueza conceptual y terapéutica.

ALGUNAS CUESTIONES CRITICAS A MODO DE CONCLUSION

En esta sección pretendemos realizar una revisión crítica de lo que se ha descrito como estado actual de las terapias cognitivas. Tal revisión se centra en una serie de aspectos concretos:

1) La escasa vinculación entre las terapias cognitivas y la psicología cognitiva.

Hemos descrito cómo el desarrollo de las terapias cognitivas se ha realizado, salvo en pocas excepciones, con independencia de la psicología cognitiva. A lo sumo se puede hablar de una influencia colateral, en cuanto a la creación de un

clima conceptual favorable para el desarrollo de las terapias cognitivas a partir de la emergencia del paradigma cognitivo en psicología. Tous (1989) ha destacado lo problemático de esta situación.

“... las terapias cognitivas tradicionales consideran tan sólo el papel que tienen los contenidos mentales en la conducta como estímulos de la misma; ya que presuponen estos contenidos mentales únicamente como un producto o ‘conducta mental’... En cambio, toda posible forma de tratamiento basado en las teorías de la psicología cognitiva, se plantea cómo ha llegado el individuo a estos contenidos mentales o productos, y por consiguiente toma en consideración que la forma cómo se han elaborado los contenidos tiene tanta importancia para la explicación terapéutica como el producto mental en sí mismo.” (p. 18)

En efecto, tan sólo la propuesta de Guidano y Liotti (1983) incluye un análisis de la génesis evolutiva de las estructuras cognoscitivas tácitas, y sólo la terapia de constructos personales propone un modelo de funcionamiento cognitivo que, aún sin suficiente base experimental, describe la formación concreta de los constructos mediante la asimilación y el contraste.

2) Olvido de los factores energético-motivacionales.

Al tener en cuenta el proceso de producción de las representaciones mentales se tendrían también que incluir aspectos energéticos/emocionales, más característicos de la estructura biológica, el “hardware”, que sustenta tales procesos cognitivos. Ciertamente, muchas terapias cognitivas se basan sólo en el “software” o contenidos del programa de funcionamiento actual.

Influido por su propio modelo (Tous, 1986) que vincula aspectos de activación emocional y diferenciación hemisférica con el procesamiento de la información, Tous (1989) destaca la interdependencia de los procesos cognitivos y el sistema energético/motivacional.

“El gasto diferencial de energía que implica para el individuo una percepción desagradable es un elemento distinto al contenido de estas percepciones que debemos tener en cuenta para explicar la fuerza de la conducta observable. (...)”

Existe evidencia empírica de que los cambios energéticos están íntimamente asociados a distintas percepciones y a diferentes conductas.” (p. 23)

3) La falta de acuerdo sobre la naturaleza de la cognición.

Este problema se deriva lógicamente del anterior. Si las terapias cognitivas se inspirasen directamente de alguno de los modelos del procesamiento de la información propuestos por los psicólogos cognitivos experimentales, se produciría una comunalidad tanto en el lenguaje como en los conceptos manejados, en lugar de la diversidad existente hoy en día (pensamientos automáticos, esquemas, creencias, estructuras tácitas, constructos personales, significados, imágenes, ideas, atribuciones, etc.). En este sentido la obra de Ingram (1986) puede considerarse un paso adelante por lo que respecta tanto a la implantación de los conceptos de la psicología cognitiva en las terapias cognitivas, como en la propuesta de acuerdo sobre distintos niveles de fenómenos cognitivos. En efecto, la distinción

entre productos cognitivos (pensamientos, imágenes, constructos personales, modelos de realidad, creencias, etc.), estructuras cognitivas (sistemas de memoria y almacenamiento sensorial/icónico, sistemas de construcción, estructuras tácitas, etc.), y procesos cognitivos (atención, percepción, codificación, inferencia, proceso de construcción, etc.), resulta un marco prometedor para la integración teórica de diversas perspectivas sobre la cognición, en base a la experimentación de la psicología cognitiva. Sin embargo, tal propuesta precisa aún de más elaboración y de un marco de diálogo entre los distintos enfoques para el uso de un léxico común.

Por otro lado, existe también discrepancia acerca de la naturaleza del fenómeno cognitivo. Mientras que para algunos se refiere estrictamente al flujo de pensamiento, para otros trasciende este nivel mental de forma que rechazan el mismo término cognición. En efecto, Kelly (1969) propone sustituir el término "cognición" por el de "construcción", argumentado que el primero responde a una tradición cultural en la que se antepone a afecto o emoción. Para Kelly la construcción es un proceso global de significado de naturaleza holística que la noción de cognición no representa adecuadamente. Además la noción de cognición sugiere una cierta accesibilidad a la conciencia que tampoco encaja en la teoría de los constructos personales.

"Los constructos pueden estar simbolizados preverbalmente y ... a una persona le puede costar mucho representarse sus constructos. En este tipo de construcción no hay nada necesariamente cognitivo ni afectivo." (Kelly, 1969, p. 198)

En este sentido, la propuesta de Guidano y Liotti (1983) se parece a la Kelly al otorgar una importancia central a las estructuras no verbales o tácitas. Sin embargo, tal visión se halla en actualidad lejos del paradigma de procesamiento de la información, donde las teorías de Hayek (1978) y Weimer (1977) han tenido una escasa repercusión, a la vez que distante de las terapias cognitivas racionalistas, cuya noción de cognición es más cercana a la actividad racional e intelectual.

Para Kelly la noción de cognición está en el sistema de construcción de los teóricos y profesionales que la emplean, y propone la utilización de una conceptualización más holista y menos compartimentalizada. Como comentábamos a propósito del tratamiento de un trastorno psicossomático:

Parece claro que Kelly ... no sigue el camino de las clásicas distinciones, sino que lo que intenta hacer es postular como hecho definitorio del funcionamiento humano una actividad -- el construir -- que va más allá de las obsoletas distinciones psicológicas entre 'emoción' y 'cognición', entre 'pensamiento' y 'conducta'. (Feixas, 1988, p. 27)

También Arnkoff y Glass (1982) dan apoyo a la propuesta kellyana por postular un funcionamiento integrado. De hecho tal como afirma Schwartz (1980), las distinciones entre conducta, afecto y cognición se justifican fundamentalmente por las limitaciones de nuestros métodos de evaluación. Es por ello que Arnkoff y Glass (1982) sugieren un planteamiento operacional que requiere que las terapias cognitivas dispongan de un modelo que explique, y articule, las relaciones entre la

conducta observable, los pensamientos auto-informados, el afecto auto-informado, los procesos cognitivos inferidos y el afecto inferido. En la actualidad las terapias cognitivas distan aun bastante del cumplimiento de tal requerimiento.

4) La falta de verificación empírica.

La propuesta de modelos y teorías sin una probada verificación empírica ha sido la tónica dominante en el campo de las psicoterapias durante muchos años. No es de extrañar, por tanto, que muchas de las propuestas de las terapias cognitivas carezcan de tal base empírica. Los dos puntos mencionados más arriba son simplemente un exponente más de esta cuestión. Aunque son muchas las críticas que se han realizado a las terapias cognitivas (ver p.e. la concisa revisión de Bados, 1987), destacaremos una que no está plenamente recogida en los párrafos anteriores: las dificultades en evaluación cognitiva. Las cogniciones no son observables por lo que deben ser inferidas por el investigador. La evaluación cognitiva se basa principalmente en los autoinformes (Merluzzi, Glass y Genest, 1981), pero como señalan Glass y Arnkoff (1982) tal información puede ser distorsionada por un buen número de motivos (adecuación al autoconcepto, parcialidad y distorsión emocional entre otros).

En lo referente a la intervención, si bien no existe evidencia empírica de superioridad de las técnicas cognitivas sobre otras formas de terapia, sí que se puede destacar el buen número de investigaciones surgido en el ámbito de las terapias cognitivas (ver p.e. Hollon y Beck, 1986), tanto en relación a la efectividad global del tratamiento cognitivo como de componentes específicos. Sin embargo, aquí es preciso diferenciar entre las terapias cognitivas racionalistas y las constructivistas. Quizás debido a la corta existencia de las segundas, entre las racionalistas existe un cuerpo más sustancial de información. Cabe aún otra distinción: las terapias constructivistas tienen muy poca tendencia a la investigación de resultados (eficacia de una psicoterapia en comparación con otras), y se han caracterizado por la investigación denominada de proceso (Orlinsky y Howard, 1986). Por ejemplo, los estudios de Guidano y Liotti (1983) se basan en los datos de las historias clínicas para establecer sus comunalidades. En este sentido, la investigación en el campo de los constructos personales ha tomado varias direcciones, algunos de cuyos ejemplos son: (1) utilización de la rejilla para evaluar los aspectos del sistema de construcción que acompañan los cambios sintomáticos/conductuales, (2) estudio completo de casos con formas de evaluación diversas, (3) estudios sobre la construcción del terapeuta en comparación con la del cliente (ver Winter, 1985, para una revisión de las investigaciones en estas tres direcciones), y (4) diseño de procedimientos de evaluación para establecer la resistencia al cambio de diversos tipos de constructos (línea de investigación iniciada por Hinkle, 1965). Sin embargo, todas estas líneas de investigación se sitúan aún a un nivel meramente descriptivo.

5) La diversidad de las terapias cognitivas.

Aunque el fenómeno de la diversificación de las terapias cognitivas no es un

fenómeno aislado dentro del campo de las psicoterapias, la falta de acuerdo entre diversos enfoques sobre nociones tan fundamentales como la cognición y la falta de una base común basada en la psicología cognitiva experimental hacen de tal multiplicidad más bien un problema que una virtud. A pesar de que Gonçalves (1989) interpreta esta diversidad como un signo de complejidad y desarrollo de las terapias cognitivas, no parece lógico considerar, como hacen Mahoney y Lyddon (1988), hasta veinte terapias cognitivas distintas. Entre ellas admiten desde la logoterapia de Frankl (considerada tradicionalmente como humanista) hasta la "terapia neo-cognitiva" de Suárez, que no cuenta con ningún artículo publicado. Consideramos que un enfoque más restrictivo empleando tanto criterios de comunalidad como criterios socio-históricos resulta más adecuado. En este sentido, la propuesta de sistematización que realizamos en este trabajo (ver Tabla 3) permite una reducción del número de enfoques a partir de ciertas comunalidades entre ellos y la eliminación de aquellas terapias que no hayan creado un impacto notable. Por ejemplo, en un sentido muy amplio podríamos hablar de dos orientaciones de terapias cognitivas (la racionalista y la constructivista). O sin ser tan reduccionistas, se pueden considerar cuatro enfoques cognitivos (entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva, terapia de constructos personales, enfoque evolutivo-estructural).

6) Énfasis restrictivo en lo individual.

Varios autores (Feixas, 1990a; Gonçalves, 1989; Thoresen, 1988; Tous, 1989) han indicado una cierta preocupación por el cariz marcadamente individualista de las terapias cognitivas, que sugieren la imagen del ser humano como una "entidad altamente autónoma, centralizada, auto-suficiente y 'siempre en control'" (Thoresen, 1988, p. 254). Por supuesto, esta concepción no es independiente del ambiente socio-cultural en el que se han desarrollado las terapias cognitivas: la sociedad norteamericana de los años setenta y ochenta.

En efecto, a pesar de la prevalencia de la orientación interaccional (individuo x situación) en personalidad, las terapias cognitivas racionalistas han superado en pocas ocasiones la conceptualización del problema y el tratamiento como algo meramente individual. Algunas de tales excepciones suponen la incorporación de componentes cognitivos (p.e., cuestionamiento cognitivo, resolución de problemas) en tratamientos familiares o de pareja (p.e., Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988; Freeman, 1983; Jacobson, 1984). O bien el libro de auto-ayuda de Beck (1988) cuya tesis principal sostiene que la raíz de los problemas relacionales radica en las malinterpretaciones individuales de la conducta o intenciones de los demás.

Hemos señalado en otros lugares tanto las aportaciones del modelo sistémico en cuanto a conceptualización e intervención en los determinantes relacionales y contextuales como en las comunalidades de este modelo con la propuesta cognitivo-constructivista (Feixas, 1990a, b, c). En este sentido cabe destacar la propuesta de Procter (1978, 1985; Procter y Feixas, en preparación) que integra buena

parte de las ventajas del modelo sistémico en una elaboración extensiva de la terapia de constructos personales. Esta propuesta sugiere la existencia de sistemas de construcción comunes a diversos grupos humanos con sus propias reglas y parámetros constructivos, y ha elaborado en particular la noción de sistemas de constructos familiares.

En resumen, se puede considerar a las terapias cognitivas como uno de los desarrollos terapéuticos más destacables de las últimas décadas. La distinción entre la perspectiva racionalista y la constructivista en el seno de estas terapias supone para algunos “una revolución dentro de una revolución” (Mahoney y Gabriel, 1987, p.45). Dentro del panorama actual, parece más oportuno hablar de terapias cognitivas y dejar el término “cognitivo-conductual” que denominaba a los enfoques racionalistas de entrenamiento de habilidades. Sin embargo, a pesar de su enorme crecimiento y diversidad, las terapias cognitivas se enfrentan aún con retos importantes, delineados en los párrafos anteriores. Aunque no sabemos cómo se resolverán dichas cuestiones, nos parece oportuno acabar con la visión positiva de Greenberg (1988):

La terapia cognitiva y cognitivo-conductual del inicio, a pesar de enfatizar la importancia de la cognición en el funcionamiento humano, trató la cognición más bien como una conducta interna y, por tanto, no pudo proporcionarnos modelos de funcionamiento cognitivo que fueran suficientemente ricos y satisfactorios. Mahoney y Lyddon (1988) proponen un antídoto para este problema. La visión de la persona como un constructor activo de información que explora y se adapta al ambiente organizando la información acerca de sí-mismo y del mundo en perspectivas cada vez más complejas, nos proporciona un punto de vista del funcionamiento humano y del proceso terapéutico que se acerca al sentido de la realidad vivida. La terapia cognitiva, esperamos, se verá impelida a volverse más constructiva en su visión de la cognición y a desarrollar métodos terapéuticos consistentes con tal perspectiva. (p. 235)

Este trabajo analiza el surgimiento y evolución de las terapias cognitivas e intenta describir las diversas tendencias que configuran el “estado de la cuestión” actual. Así se observa cómo tales terapias no han nacido del impulso de un genio creador, sino de los esfuerzos de pensadores independientes (Beck, Ellis, Kelly), y de la llamada tendencia “cognitivo-conductual”. Ya en la década de los ochenta, el desarrollo de la perspectiva constructivista (Guidano, Liotti, Mahoney, Neimeyer) supone una “revolución dentro de la revolución”. Todo ello conlleva el panorama plural de las terapias cognitivas que, siguiendo la propuesta de Mahoney y Gabriel (1987), se compone de dos perspectivas epistemológicas distintas con profundas implicaciones para la conceptualización y práctica terapéutica: la racionalista y la constructivista. En este artículo se presenta una clasificación de cada una de las perspectivas. En la racionalista nos encontramos con los enfoques de entrenamiento de habilidades (de auto-control, de resolución de problemas y de afrontamiento) y los de reestructuración cognitiva. En la perspectiva constructivista nos encontramos con

la ya clásica terapia de constructos personales y los enfoques evolutivos (estructural, procesos de cambio y piagetianos). Tal diversidad y riqueza de planteamientos no está exenta de problemas de identidad, coherencia interna, y sobre todo de la falta de una fundamentación teórica basada en la propia psicología cognitiva.

Referencias Bibliográficas

- Arknoff, D.B. y Glass, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: examination, evaluation, and elaboration. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 1-34). New York: Academic.
- Bados, A. (1987, Mayo). *Psicología cognitiva: Aplicaciones clínico-sociales*. Mesa redonda en la 3ª Reunión Anual de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament, Esplugues de Llobregat.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford. (Trad. cast. en DDB, Bilbao, 1983)
- Beck, A. T., y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Botella, C. (1987a). La aplicación del constructivismo en terapia: presentación y análisis crítico del modelo de Guidano y Liotti. *Análisis y Modificación de Conducta*, **13**, 623-649.
- Botella, C. (1987b). Modelos constructivistas en terapia cognitiva: actualidad y valoración. *Psicologemas*, **1**, 107-147.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, **130**, 201-210, 421-431.
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and loss I: Attachment* (2nd. ed.). London: Hogarth. (Trad. cast. en Ed. Paidós)
- Dobson, K. S. y Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Dryden, W. (1984). *Rational-Emotive therapy: Fundamentals and innovations*. London: Croom Helm.
- DuBois, P. (1909). The method of persuasion. En W. P. Parker (Ed.). *Psychotherapy: A course of reading in sound psychology, sound medicine and sound religion* (Vol. 3). New York: Centre Publishing.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**, 107-126.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. y Grieger, R. (Eds.) (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer. (Trad. cast. en Ed. DDB, Bilbao, 1981)
- Epstein, N., Schlesinger, S. y Dryden, W. (1989). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Bruner-Mazel.
- Epting, F. R. (1984). *Personal construct counseling and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Feixas, G. (1988a). El tratamiento psicológico de las cefaleas: Un caso ilustrativo de tratamiento combinado de terapia cognitiva y relajación. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, **22**, 17-36.
- Feixas, G. (1988b). *L'anàlisi de construccions personals en textos de significació psicològica*. Tesis doctoral microfichada (n. 328). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.
- Feixas, G. (1989). La técnica de rejilla: Introducción y estudio de un caso. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, **26**, 82-89.
- Feixas, G. (1990a). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integra-

- tive psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- Feixas, G. (1990b, Mayo). *Personal constructs in systemic practice*. Ponencia invitada en la conferencia "Constructivism in Psychotherapy" (Organizada por R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney), Memphis, TN.
- Feixas, G. (1990c). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Freeman, A. (Ed.) (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum.
- Gonçalves, O. F. (1989). The constructive-developmental trend in cognitive therapies. En O. F. Gonçalves, (Ed.), *Advances in cognitive therapies: The constructivist-developmental approach*. Lisboa: Apport.
- Greenberg, L. S. (1988). Constructive cognition: Cognitive therapy coming of age. *The Counseling Psychologist*, 16, 235-238.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1990). *The self in proces: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1985). A constructivist foundation for cognitive therapy. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum. (Trad. cast. en Ed. Paidós, 1988)
- Harrison, R. P., Beck, A. T. y Buceta, J. M. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos fundamentales de la alterantiva terapéutica de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 623-646.
- Hayek, F. A. (1978). *New studies in philosophy, politics, economics, and the history of ideas*. Chicago: Chicago University Press.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of implications*. Tesis doctoral no publicada, Ohio State University.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. In P.C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic.
- Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1986). Research on cognitive and cognitive-behavioral therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Homme, L. E. (1965) Perspectives in psychology: Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Reports*, 15, 501-511.
- Ibáñez, E. (1988). Prólogo a la edición española. En M. J. Mahoney y A. Freeman (eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ingram, R. (Ed.) (1986). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic.
- Ivey, A. E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jacobson, N. S. (1984). The modification of cognitive processes in behavioral marital therapy: Integrating cognitive and behavioral intervention strategies. In K. Hahlweg y N. S. Jacobson (eds.), *Marital interaction: Analysis and modification*. New York: Guilford.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. En C. Neuringer y L. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vols.). New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1969). In whom confide: On whom depend for what? En B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York: Wiley
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2ª ed. revisada). Chicago: University of Chicago Press. (Hay trad. cast. en F.C.E.)
- Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. En I. Lakatos y A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger. (Trad. cast. en Ed. Trillas, México, 1983)
- Mahoney, M. J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational- emotive psychotherapy*. New York: Springer. (Trad. cast. en DDB, Bilbao, 1981)
- Mahoney, M. J. (1988a). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1 (1), 1-35.
- Mahoney, M. J. (1988b). Constructive metatheory II: Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1 (4), 299-317.

- Mahoney, M. J. (1988c). Constructive metatheory: II. Implications for Psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-315.
- Mahoney, M. J. (1990). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D.B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (2nd. ed.). New York: Wiley.
- Mahoney, M. J. y Freeman, A. (Eds) (1985). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum. (Trad. cast. en Ed. Paidós, 1988)
- Mahoney, M. J. y Gabriel, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- Mahoney, M. J. y Lyddon (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 16, 190-234.
- Maturana, H. y Varela, F. (1986). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Maultsby, M. C. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Meichenbaum, D. (1969). The effects of instructions and reinforcement on thinking on language behaviors of schizophrenics. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 101-114.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M. Jaremko (Eds.). *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. y Goodman J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 127-132.
- Meichenbaum, D. y Jarenko, M. (Eds.). (1983). *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Plenum.
- Mertuzzi, T., Glass, C. y Genest, M. (Eds.) (1981). *Cognitive assesment*. New York: Guilford.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs and depression. En E. Button (Ed.), *Personal constructs and mental health*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, R. A. (1987). Personal construct therapy. En W. Dryden y W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- Neimeyer, R. A. y Neimeyer, G. (Eds.) (1987). *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer. (Trad. cast. en DDB, Bilbao, 1989)
- Neimeyer, R. A., Baker, K., y Neimeyer, G. (1990). The current status of personal construct theory: Some scientometric data. En G. Neimeyer, y R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct theory (Vol. 1)* (pp. 3-22). Greenwich, CT: JAI.
- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Procter, H. (1978). *Personal construct theory and the family: A theoretical and methodological study*. Tesis doctoral no publicada, University of Bristol.
- Procter, H. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. En E. Button (Ed.), *Person construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Procter, H. y Feixas, G. (Eds.) (en prep.). *El significado personal en la práctica sistémica: Un enfoque constructivista*.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Reda, M. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. y Rokke, P. (1988). Self-management therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Rivas, F., y Marco, R. (1985). *Evaluacion conductual subjetiva: La tecnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Rosen, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shwartz, C. (1980). The brain as a health care system. En G. C. Stone, F. Cohen, y N. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Spivack, G. y Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G., Platt, J. J. y Shure, M. D. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco:

- Josey-Bass.
- Suinn, R. M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Thoresen, C. E. (1988). The constructivism concept: Primacy of the obscure. *The Counseling Psychologist*, 16, 249-255.
- Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Tous, J.M. (1986). *Psicología de la personalidad*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Tous, J. M. (1989). Antecedentes, naturaleza y desarrollo de la terapia cognitivo-social. *Boletín de psicología*, 23, 17-47.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: M.I.T.
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. En R. Shaw, y J. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing*. Hillsdale, NJ: LEA.
- Weiner, M. L. (1975). *The cognitive unconscious: A Piagetian approach to psychotherapy*. Davis, CA: International Psychological Press.
- Weishaar, M. E. y Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. En W. Dryden y W. L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- Wessler, R. A. y Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Winter, D. A. (1985). Group therapy with depressives: A personal construct theory perspective. *International Journal Mental Health*, 13, 67-85.
- Winter, D. (1990). *Personal construct psychology and clinical practice*. London: Croom Helm.
- Woodworth, R. S. (1929). *Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.



METATEORIA CONSTRUCTIVISTA: IMPLICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA

Michael J. Mahoney
University of California

The implications of constructive metatheory for the conceptualization and practice of psychotherapy are briefly outlined. It is argued that the constructivist therapist construes the client as an active and developing process, and that psychological problems are approached not as piecemeal flaws or deficiencies, but as expressions of current discrepancies between an individual's adaptive capacities and the challenges she or he faces. Likewise, the process of psychotherapy is portrayed as one of trial-and-error experimentation with different (novel) ways of "being in the world". Ideally, the client and therapist create an intimate and emotionally charged alliance in and from which the client can explore and experiment with self and world relationships. These practical features dovetail with many assertions of the major metatheories of psychotherapy, and it is argued that constructive metatheory may be uniquely suited to facilitating attempts at conceptual integration.

El constructivismo se presenta a finales del siglo XX como una fuerza cada vez más notable en el seno de la psicología. Como *metateoría*, es de hecho una familia de teorías que comparten algunas hipótesis y presuposiciones básicas. En un artículo anterior (Mahoney, 1988) destacué tres rasgos básicos del *constructivismo* (empleado como sinónimo de metateoría constructivista), y rastree sus orígenes y emergencia a través de los últimos tres siglos. Para contextualizar una elaboración de las implicaciones clínicas del constructivismo, trataré ahora de resumir brevemente sus rasgos conceptuales básicos.

RASGOS BASICOS DEL CONSTRUCTIVISMO

El primero de tales rasgos es la *cognición proactiva*, es decir, la concepción del conocimiento humano que enfatiza sus aspectos activos, anticipatorios y "constructivos" (in-formantes). Las teorías no constructivistas que abordan el tema de la mente humana suelen presentarla como pasiva, recipiente y "retentiva" (capaz de "almacenaje"). Los constructivistas ven la mente como activa y generativa a la vez. Para el constructivista, la "retención" es un *proceso* de mantenimien-

to y elaboración, más que un metafórico “almacenamiento” de copias, fragmentos y pedazos de información pre-empaquetada. En las teorías constructivistas la *información* no se transfiere del medio al organismo a través de los sentidos. Más bien, en consonancia con la etimología del término “información” (*in formare*), se forma desde dentro. Este rasgo viene ejemplificado en la expresiva afirmación piagetiana según la cual la inteligencia organiza su mundo al organizarse ella misma.

El segundo rasgo básico del constructivismo se hace eco del primero, pero le añade dimensiones estructurales. La *estructura morfogénica* se refiere a la afirmación de que los sistemas humanos se organizan de forma que (a) los procesos centrales o nucleares dictan y determinan los contenidos particulares de la actividad en desarrollo y (b) los procesos de ordenamiento nuclear operan a niveles predominantemente tácitos (inconscientes) y son menos accesibles y susceptibles de cambio que los más periféricos. En otras palabras, las “estructuras de superficie” de la experiencia cotidiana son proyectadas y seleccionadas sesgadamente por las “estructuras profundas” que constituyen los procesos de ordenamiento nuclear del sujeto. De esta forma la actividad humana y, a la larga, el desarrollo psicológico, reflejan un *proceso de auto-organización* profundo e importante, lo cual constituye el tercer rasgo básico del constructivismo. Además de servir para perpetuar, refinar y elaborar los esfuerzos de adaptación, estos procesos de auto-organización parecen implicar episodios repetidos de aumento de la discrepancia, desequilibrio y deterioro organizacional, a veces hasta límites categorizados de “trastornos clínicos”. Bajo circunstancias favorables y si las capacidades de aprendizaje no están seriamente dañadas, el sistema de adaptación reorganizará suficientes aspectos de su estructura profunda como para permitirse una progresión (no un retorno) a una configuración “más alta” (más viable) y a un nuevo equilibrio dinámico.

Un corolario práctico de estos rasgos es que los sistemas auto-organizados con estructura profunda y superficial se resisten activamente al cambio en sus constructos centrales o nucleares. Esto se denomina la *teoría autoprotectiva de la resistencia* porque subraya el hecho de que la resistencia al cambio sirve a una función natural y generalmente sana, al proteger los procesos organizativos nucleares (y, por lo tanto, la integridad sistémica) frente a un asalto reconstructivo rápido o inesperado. Los procesos basados en el sentido de (1) la realidad, (2) la identidad, (3) el poder/control o (4) los valores del individuo son particularmente resistentes al cambio (Mahoney, 1990). En conjunto estos rasgos presentan una imagen de la persona como una encarnación de creencias, cuestiones y conjeturas siempre en evolución. Aplicada al ámbito de los problemas psicológicos humanos y a la ayuda terapéutica esta perspectiva ofrece alternativas prometedoras a las concepciones tradicionales.

La finalidad del presente artículo es reflexionar sobre las implicaciones de la metateoría constructivista en tres ámbitos generales de la función terapéutica:

(1) la construcción del cliente, (2) la construcción del/los problema/s y (3) la construcción de los procesos de cambio.

La brecha entre principios y práctica (y viceversa) es siempre algo más que una simple cuestión de traducción, por supuesto. Aunque he intentado extraer los rasgos prácticos de varias fuentes, lo que sigue viene necesariamente teñido por mis propias construcciones clínicas. Más aun, los constructivistas se han resistido siempre a producir “recetarios” clínicos sobre cómo ayudar —reconociendo quizá que una terapia hábil (como cualquier habilidad compleja) desafía a las operacionalizaciones mecánicas explícitas. Por estos motivos me refiero a obras más amplias sobre psicoterapia constructivista en lo tocante a elaboraciones y ejemplos clínicos (Adams-Webber, 1981; Bannister, 1975; Button, 1985; Epting, 1984; Fransella, 1972; Guidano, 1987; Guidano & Liotti, 1983; Ivey, 1986; Joyce Moniz, 1985; Landfield, 1971; Landfield & Leitner, 1980; Mahoney, 1990; Mancuso & Adams-Webber, 1982; Neimeyer, 1980, 1986; Neimeyer & Neimeyer, 1987; Reda, 1986).1990).

PRESUPUESTOS BASICOS PARA LA PSICOTERAPIA

Para comenzar la discusión vale la pena mencionar brevemente los presupuestos básicos sobre counseling y psicoterapia. No nos ocuparemos de los que se refieren al proceso terapéutico —que exploraremos más adelante— sino a los que cimientan la empresa en su conjunto. Existen, como mínimo, tres hipótesis fundamentales:

1. Los seres humanos pueden cambiar.
2. Los seres humanos pueden ayudarse mutuamente a cambiar.
3. Algunos patrones de interacción son más útiles que otros a la hora de facilitar el cambio psicológico.

La primera afirmación se refiere al tema de la *plasticidad* humana, de los límites de la mutabilidad potencial (Lerner, 1984). Por supuesto, terapeutas de distintas orientaciones asumen diferentes grados y períodos vitales de plasticidad, con los psicoanalistas y los conductistas ortodoxos en los extremos opuestos de un continuo hipotético (Mahoney, 1990).

La presunción de que podemos ayudarnos mutuamente a cambiar supone que es posible el cambio, y genera otra dimensión en la que divergen las diferentes terapias —a saber, el papel de la interacción humana, del apego emocional y de la “relación de asistencia” en la terapia eficaz.

Finalmente, la tercera hipótesis forma el corazón de las disputas sobre profesionalidad, entrenamiento profesional y lo que he llamado “la tiranía de la técnica” (Mahoney, 1986). Viene a colación la necesidad y garantía de asistencia *profesional* y el poder de las técnicas específicas de intervención. No intentaré criticar o discutir estas tres presuposiciones; sólo hago notar su centralidad tácita respecto a cómo enfocamos esa responsabilidad privilegiada que denominamos “psicoterapia”.

LA CONSTRUCCION DEL CLIENTE

Todas las teorías psicológicas y terapéuticas implican ciertas creencias tácitas sobre la naturaleza humana. Estas “imágenes ocultas” expresan preocupaciones existenciales sobre qué es ser humano y qué puede o no puede esperarse en el terreno psicológico (Friedman, 1967, 1974). Con frecuencia estos modelos implícitos reflejan también una o más “hipótesis universales” o “metáforas-raíz” mediante las cuales ordenamos nuestra experiencia (Pepper, 1942). El conductismo, por ejemplo, presenta a la gente como continentes de conducta determinada por parámetros ambientales. Esta visión refleja una metáfora mecanicista, y tiene ciertas implicaciones sobre cómo enfocar el cambio personal.

La metateoría constructivista tiende a ver a la persona como un proceso dinámico que participa en su propio y continuo desarrollo. Esta es una imagen muy diferente de la presentada por modelos de personalidad más estáticos (e.g., las teorías de rasgos). El énfasis constructivista en la actividad presente no significa que las historias de desarrollo no sean importantes. En realidad, el énfasis que ciertos terapeutas constructivistas ponen en las dimensiones históricas sólo se ve superado por el de los psicoanalistas. Por ejemplo, aunque Kelly (1955) empleó un enfoque terapéutico predominantemente orientado al presente, los terapeutas constructivistas que trabajan con clientes seriamente trastornados en terapias de larga duración suelen intentar entender los contextos de desarrollo relevantes (e.g., Guidano, 1987; Guidano & Liotti, 1983; Leitner, 1987; Neimeyer, 1986; Soldz, 1987). En estas aplicaciones, una historia de desarrollo no es un recuento objetivo de hechos temporales, sino una reconstrucción necesariamente subjetiva de la etiología del trastorno experimentado.

Un comentario final sobre el tema de la construcción del cliente tiene que ver con la dicotomía “nosotros/ellos”, sempiterna en el campo de la asistencia. *Contrariamente a lo que a veces se enseña de forma simplista, los clientes NO son las únicas personas con problemas y los terapeutas NO son los únicos con soluciones.* La diferencia entre cliente y consejero es de rol y (generalmente) de formación, nada más. Las luchas adaptativas y existenciales no son la carga única de los clientes de los psicoterapeutas, y un consejo acertado puede resultar ortogonal a las credenciales profesionales. Por desgracia, un porcentaje importante de terapeutas contemporáneos parecen coincidir con sus clientes en la perpetuación de la idea de que es “malo” (o vergonzoso, intolerable, etc.) estar luchando contra problemas vitales, y que ellos, los terapeutas, son “mejores” en cierta forma (saben más, se adaptan más fácilmente, viven una vida mejor, etc.) (Mahoney, 1978; Norcross & Prochaska, 1986a, 1986b; Prochaska & Norcross, 1983). Por ejemplo, en una reciente encuesta entre terapeutas de cinco orientaciones teóricas diferentes, se puso en evidencia que éstos tendían a considerar su propio desarrollo psicológico como menos dificultoso que el de sus clientes (Mahoney, Norcross, Prochaska & Missar, 1987). Sin embargo, aquellos terapeutas que habían sido clientes en psicoterapia —un 70%— tenían una forma diferente de ver el asunto.

En mi opinión, es un acierto que se les esté prestando cada vez más atención a las tensiones y luchas propias del asistente en servicios psicológicos (e.g., Kilburg, Nathan & Thoreson, 1986; Malcolm, 1980; Scott & Hawk, 1986).1990).

LA CONSTRUCCION DE LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS

En la mayoría de enfoques psicoterapéuticos contemporáneos se contemplan los problemas como déficits o disfunciones psicológicas cuya mejoría, control o eliminación se convierte en el objetivo principal del asesoramiento. Los libros de texto y manuales técnicos de diagnóstico categorizan los problemas, los asesores se especializan en su tratamiento y las compañías de seguros acuerdan diferentes “coberturas económicas” para su resolución. Entre los profesionales, los clientes se equiparan a veces a sus problemas (como en “la cliente era una anoréxica de 23 años”), o se tratan tales problemas como si fueran propiedades privadas (como en “el cliente tiene un problema de abuso de sustancias”). Por supuesto, el mensaje de que hay “algo que anda mal en el cliente” está implícito en esta forma de hablar, expresándose ese algo en el problema en cuestión. En consecuencia, la mayoría de medidas sobre el efecto de la psicoterapia son sintomatológicas (Waskow & Parloff, 1975), y los terapeutas contemporáneos suelen estar de acuerdo en que el asesoramiento profesional debe dirigirse a los problemas presentes del/la cliente (Mahoney et al., 1987).

Desde una perspectiva constructivista es más probable que se considere un problema como una discrepancia entre las capacidades adaptativas del individuo y las exigencias presentes de su medio (físico, inter e intrapersonal). Dada su apreciación de la diferencia entre las estructuras profundas y de superficie, es improbable que un terapeuta constructivista se centre exclusivamente en el problema concreto del cliente. En este sentido la metateoría constructivista es más parecida a las formulaciones psicodinámicas que a las conductuales, ya que el síntoma/problema no siempre será tomado como valor absoluto, sino como expresión de procesos “estructurales profundos”. (De todos modos, las estructuras profundas postuladas por los psicoanalistas son muy diferentes de las de los constructivistas). De la misma forma, es probable que un constructivista reconozca que los problemas de un cliente se desarrollan como su “mejor esfuerzo” adaptativo ante cambios importantes. Incluso si crea dificultades en sus circunstancias vitales presentes, el “problema” es apreciado como un esquema funcional en algún momento de su historia.

En mi práctica psicoterapéutica (Mahoney, en prensa) me desvivo por mostrarme sensible a la preocupación inicial del cliente respecto a lo que considera constituye su problema. De cualquier forma, tan pronto como puedo intento apartar nuestro trabajo del consabido melodrama repetitivo de las “crisis de la semana pasada” hacia el ámbito de los procesos abstractos que contribuyen activamente al mantenimiento del malestar. Este cambio de foco se conceptualiza como desplazarse del *nivel del problema* (episodios de malestar o disfuncionales)

a través del *nivel del patrón* (regularidades recurrentes en los problemas) hacia el *nivel del proceso* (construcciones generativas y en desarrollo que contribuyen a la perpetuación de los patrones). El nivel de proceso es el terreno de intercambio terapéutico más retador y potente, dado que combina el trabajo espontáneo y experiencial en la sesión con los ejercicios para casa, reflexivos y exploratorios. Es a este nivel que he aprendido a apreciar y utilizar las contribuciones de las terapias gestáltica, fenomenológica y humanista/transpersonal (Bugental, 1978; Greenberg & Safran, 1987; Mahrer, 1985; Rice & Greenberg, 1984; Walsh & Vaughan, 1980).

El trabajo terapéutico al nivel de proceso, al menos tal como yo lo entiendo y practico, es un equilibrio delicado y dinámico de actividades que clarifican y a la vez retan a los patrones de experiencia problemáticos con suavidad, si es posible, pero también con firmeza si es necesario. En su actividad constructiva única, cada cliente es invitado a desarrollar algo más que una simple conciencia intelectual (“insight espectador”) o una comprensión histórica detallada de cómo llegó a desarrollar sus constructos actuales. *El trabajo de proceso es inherentemente dialéctico* y con frecuencia revolucionario; más aún, aunque juego el rol de un personaje importante en tales diálogos, *los intercambios del cliente consigo mismo* (o con partes de sí mismo, nuevas o antiguas) *y con personas significativas, es de una importancia central*. Más allá de los cambios en sus conceptualizaciones simbólicas de sí mismos y el mundo, *el trabajo procesual induce a experimentos existenciales profundamente sentidos e intensamente emocionales*.

Los terapeutas constructivistas tienden a ver los problemas, no como anomalías aisladas que requieren una corrección técnica, sino como indicadores de que el individuo puede estar operando en las fronteras o límites de su viabilidad psicológica actual. Esto significa, entre otras cosas, que el problema no es algo a erradicar rápidamente sin aprender de las duras lecciones que nos enseña. El problema se contempla como portador de información valiosa respecto a los límites de las construcciones del individuo sobre sí mismo, el mundo y sus relaciones en este momento. El problema, o los intentos para resolverlo, suele servir como catalizador para un cambio más amplio de lo que el cliente esperaba. Aunque suelen luchar para evitar o minimizar su sufrimiento, los cambios en los constructos nucleares, a veces necesarios para ir más allá de los problemas actuales, suelen implicar un malestar personal considerable.

El último punto podría ocupar varios volúmenes por sí solo respecto a cómo la psicoterapia occidental contemporánea ha asumido que la emocionalidad intensa es el clímax de la disfunción psicológica (Mahoney, 1987, en prensa; Mahoney & Gabriel, 1987). *Para la inmensa mayoría de asesores y clientes, las emociones son un problema* —especialmente las emociones negativas (ira, ansiedad y depresión). Desde perspectivas tradicionales —racionalistas, en particular— las emociones intensas y sus correlatos son disfuncionales y ejercen una influencia desorganizadora para el individuo. Por lo tanto, las obras técnicas

abundan en terminología del tipo *trastorno* emocional, y las técnicas terapéuticas más populares se dirigen a eliminar, controlar, o al menos entender tales aberraciones. Los modelos actuales de salud mental dejan poco espacio para la intensidad emocional incontrolada.

La metateoría constructivista adopta un punto de vista muy diferente sobre las emociones. (Resulta irónico que tanto Piaget como Kelly hayan sido acusados de darles poca importancia.) Reflejando su compatibilidad general con los enfoques sistémicos, los constructivistas han destacado dos aspectos importantes de los procesos afectivos: (1) son procesos primitivos y potentes de *conocimiento*, y (2) su influencia desorganizadora sobre la conducta refleja una etapa natural de las reestructuraciones sistémicas autopoyéticas (auto-organizadas). Esto no significa negar que los clientes puedan “atascarse” en una disforia crónica, pero el constructivista ve esto como un fallo en la reorganización, más que como un juicio sobre la disforia en sí. El cambio personal significativo pocas veces es rápido, fácil o indoloro, y la reorganización que puede requerir será necesariamente generadora de tensión. Como han apreciado distintos terapeutas constructivistas, los episodios de intensidad emocional son a menudo críticos durante tal reorganización, reflejando lo que parecen ser oscilaciones de expansiones y contracciones en el orden sistémico (Kelly, 1955; Mahoney, en prensa; Neimeyer, 1980) (¹).

Esto nos enfrenta directamente al problema de la resistencia. Según yo lo veo, hay cinco teorías diferentes al respecto (Mahoney, 1990). Cuatro de ellas expresan puntos de vista tradicionales: (1) la teoría de la motivación de evitación (asociada básicamente con el psicoanálisis), (2) la teoría del déficit motivacional (asociada básicamente con el conductismo), (3) la teoría de los gradientes de consecuencia invertidos (asociada con las teorías del aprendizaje social y del autocontrol), y (4) la teoría de la reactividad (que se está alumbrando desde la investigación psicosocial sobre la influencia interpersonal). El quinto enfoque es característico tanto de la perspectiva constructivista como de la humanista-existencial, y sostiene que la resistencia al cambio psicológico profundo es la expresión natural y sana de los intentos del individuo de proteger y perpetuar su integridad sistémica (Bugental & Bugental, 1984; Liotti, 1987; Mahoney, 1985; Neimeyer, 1986). Es la *teoría de la autoprotección*, y pretende que cualquier sistema abierto y en desarrollo se resistirá a cambiar mucho en poco tiempo. Es especialmente probable que los cambios súbitos en los constructos nucleares provoquen una fuerte resistencia (Kelly, 1955). Por lo tanto, para el terapeuta constructivista la resistencia al cambio no es enemiga del asesoramiento. No es

¹. Estoy en deuda con Robert A. Neimeyer por haberme recordado que esta metáfora de expansiones y contracciones ya fue anticipada por Kelly en sus conjeturas sobre la dilatación y constricción, y el “aflojamiento” y “rigidificación” de los sistemas de constructos. Fenomenológicamente, mis clientes suelen describir las “expansiones” como episodios de viabilidad subjetiva en los que se han encontrado arriesgándose en áreas nuevas y explorando activamente sus mundos. Las “contracciones”, por otro lado, son descritas como episodios de intenso malestar, si no de crisis, durante los cuales hay que luchar por “mantenerse entero”, siendo la supervivencia una cuestión muy real (Mahoney, en prensa).

algo que haya que “superar”, sino un proceso de autoprotección saludable que hay que respetar y *con* (vs. *contra*) el que hay que trabajar ⁽²⁾.1990).

LA CONSTRUCCION DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO

En los albores del siglo XX, Freud y sus contemporáneos fueron pioneros de las “curaciones verbales”, que se convertirían en el punto de referencia de la mayoría de psicoterapias modernas (Ellenberger, 1970). Inspirado por los logros del positivismo y el pragmatismo, John B. Watson introduciría poco después el conductismo como segunda fuerza mayor en la teoría y terapia psicológica. Hoy en día, a menos de un siglo de ello, hay unas 300 variedades de psicoterapia, sin que el ritmo de crecimiento y mutación parezca disminuir. Sin embargo, coexistiendo con este proceso acelerado de diferenciación se da un movimiento creciente que tiende a la convergencia e integración entre diferentes modelos de terapia (Goldfried, 1982). El diálogo entre escuelas de pensamiento y los esfuerzos en la investigación teórica han empezado a clarificar principios generales y procesos de cambio psicológico (Frank, 1985; Mahoney, en prensa; Prochaska, 1979).

Hay una faceta interesante de estos esfuerzos de convergencia preliminares que resulta particularmente relevante para la metateoría constructivista. Por supuesto puede que sólo se trate de mi construcción de la investigación convergente, pero parece que el constructivismo y algunas de las terapias cognitivas posean la clave para servir de “hogar” metateórico a distintas escuelas de psicoterapia. Esto no significa negar que el constructivismo se enfrenta a las presuposiciones de otras teorías. Los terapeutas constructivistas no creen que el mecanismo básico del cambio en la terapia sea el condicionamiento, por ejemplo, o el trabajo consciente sobre impulsos previamente reprimidos. Sin embargo, hay aspectos de la metateoría constructivista que resultan comunes a las otras metateorías importantes en Psicología. El énfasis constructivista sobre la acción no le es desconocido a los conductistas, por ejemplo, y el reconocimiento de una organización estructural profunda/superficial es compartido por los terapeutas psicodinámicos. La importancia que se le da al sistema de desarrollo del self y a la persona como proceso está en consonancia con las perspectivas humanista-existencial y sistémica. Quizá mi optimismo sea excesivo, pero el lenguaje y el andamiaje que ofrece la metateoría constructivista pueden resultar especialmente adecuados para facilitar los esfuerzos hacia una convergencia transteorética.

Desde una perspectiva constructivista, el proceso de la psicoterapia no es esencialmente distinto a cualquier otra forma de investigación y aprendizaje humano. Implica un contraste activo por ensayo y error de diferentes estilos

². Es aquí donde, en mi opinión, se hace más evidente la brillantez de la terapia de rol fijo de Kelly. Más que plantear una confrontación directa con los constructos del cliente sobre sí mismo -estrategia que probablemente exacerbaría su resistencia- Kelly fomentaba una experimentación con los roles, juguetona e hipotética (“como si”), permitiéndole proteger su identidad nuclear a la vez que explora alternativas. El psicodrama y otras técnicas de alteración del rol ofrecen posibilidades prácticas similares.

vivenciales, con el fin de desarrollar formas más viables y satisfactorias de “ser en el mundo”. El terapeuta es algo más que un consultor, confesor o psicotécnico; es un colaborador especialmente preparado que reconoce que la responsabilidad última del cambio recae en el cliente. Este y el terapeuta juntos, desarrollan una forma especial de intimidad y una relación de trabajo muy personal. Esta relación forma el contexto en y desde el cual el cliente puede examinarse y explorarse a sí mismo y a sus relaciones con el mundo. Esta conducta exploratoria —la encarnación del “como si” de Vaihinger (Wilkinson, 1981)— permite la expansión de posibilidades y, en los límites del mundo fenoménico presente, la experiencia de la novedad. Sin novedad —sin reto en los mecanismos de proalimentación (*feedforward*) que perpetúan el “todo como siempre” psicológico— no puede haber aprendizaje. Así, una relación segura, amistosa y de apoyo hace incrementar las posibilidades de exploración; lo que a su vez genera novedades fenoménicas, que ofrecen oportunidades para afirmar (literalmente “hacer firme”) estilos vivenciales más viables o satisfactorios (a través de la desconfirmación de modelos menos practicables).

Por lo tanto, la psicoterapia constructivista tal como se ha presentado aquí es un intercambio muy íntimo y personal entre seres humanos. El terapeuta intenta aprehender lo mejor posible el “mundo de hipótesis del cliente y trabajar con y desde ese ámbito como punto de referencia (aunque matizaré esta afirmación más adelante). Se desarrolla un vínculo de confianza y la relación terapéutica se convierte en un contexto interpersonal en y desde el cual se anima al cliente a examinar, explorar y experimentar diferentes construcciones personales referentes a su identidad, realidad, valores y capacidades. Esta investigación sumamente personal requiere infiltrarse de vez en cuando tras las líneas de su universo fenoménico, siendo la expansión de dichas fronteras un “proceso de demarcación” (*edging process*).

Me detengo en este punto para incluir un comentario clarificador sobre la necesidad o conveniencia de trabajar *siempre* desde el mundo de hipótesis del cliente. Por ejemplo, analizando los tres modelos de aprendizaje de Rumelhart y Norman (1981) (v. g., acrecentamiento, sintonización y reestructuración), Brewer y otros autores (Brewer & Nakamura, 1984; Vosniadou & Brewer, 1987) han apreciado que los cambios psicológicos radicales implicados en la reestructuración “dura” (vs. “débil”) pueden generar aún más cambios partiendo de la base original del individuo:

“El debate sobre el papel del conocimiento previo en la reestructuración radical genera preguntas importantes sobre el contenido y los métodos de instrucción... Puede ser preferible intentar identificar sólo aquellos aspectos del conocimiento existente compatibles con la nueva teoría, y utilizar esta información en el proceso de adquisición. Por otro lado, puede ser mejor presentarles (a los individuos) una teoría completamente nueva, ignorando lo que ya saben” (Vosniadou & Brewer, 1987, p.56).

La investigación de la reestructuración cognitiva radical en los niños durante el desarrollo progresivo de sus conocimientos sobre astronomía aporta cierta luz al respecto. Por ejemplo, Vosniadou y Brewer concluyen que los dos mecanismos más potentes que han observado en la reestructuración radical implican (a) diálogos socráticos y (b) analogías, metáforas y modelos físicos. Según ellos, los diálogos socráticos involucran al que aprende como participante activo y autoexaminador, facilitando una consciencia emergente de las inconsistencias y límites de sus antiguos constructos. Por otro lado, las analogías, metáforas y modelos físicos utilizan el “viejo conocimiento” *desde ámbitos diferentes al que está siendo reestructurado*, de modo que generan una nueva perspectiva y una oportunidad para el tipo de “cambio de gestalt” que se suele asociar a las transformaciones paradigmáticas.

Las posibles implicaciones para la psicoterapia son dignas de consideración. Aunque puede ser importante respetar y comprender el mundo fenoménico del cliente, pueden darse situaciones en las que la reestructuración radical del conocimiento venga facilitada por una “distancia” epistemológica mayor en lugar de menor. Por ejemplo, el cliente que permanece crónicamente aferrado a viejas suposiciones puede encontrar más fácil explorar un cambio enorme que emprender pequeñas variaciones. Estoy agradecido a M. Teresa Nezworski por hacerme notar que esto podría explicar el poder metafórico de la peregrinación (literal y figurativamente), dado que tales viajes implican distanciarse intencionalmente de antiguos estilos de vida.

El examen y redefinición de los rasgos nucleares de la organización psicológica del cliente suele experimentarse como difícil y estresante, encontrándose normalmente el fenómeno de la resistencia. Esto se debe a una expresión natural y saludable de integridad sistémica y de la autoprotección, que debe ser respetada y con (no contra) la que cliente y terapeuta deben trabajar. También se suelen encontrar oscilaciones de expansión y contracción sistémica (en términos de constructos personales “dilatación” y “constricción”, “aflojamiento” y “rigidificación”), y episodios de desorganización disfórica que preceden a las revoluciones transformacionales de los constructos nucleares. Mediante “experimentos vitales” pacientes y persistentes, emergen nuevas variaciones que se seleccionan por sus consecuencias prácticas y fenomenológicas. Cuando la psicoterapia tiene éxito, el cliente acaba restableciendo un (nuevo) equilibrio dinámico y aventurándose en su peregrinación vital. La Tabla 1 es un intento de cristalizar algunos de los aspectos pragmáticos involucrados en un enfoque constructivista de la terapia individual.

Envuelto en tales abstracciones el proceso psicoterapéutico puede sonar mucho más simple y prometedor que lo que se suele experimentar (por cliente o terapeuta). *Hay* límites a la plasticidad humana, así como hay infinitos grados de libertad dentro de tales límites para aquellos que tengan suficiente valor, determinación y resolución. El rol del terapeuta en esta empresa íntima y compleja se puede ejemplificar con la metáfora de una comadrona (como notó Freud). Sin

TABLA 1. *Esquema general de la psicoterapia individual. (*)*

Contacto inicial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del/los problemas primarios y secundarios. 2. Evaluación del riesgo y la urgencia. 3. Datos básicos sobre la situación biográfica presente (e.g., personas significativas, empleo, salud, breve historial médico...) 4. Biografía breve y generalidades sobre la familia de origen. 5. Evaluación inicial del "ajuste" terapéutico (compatibilidad, consideración mútua, experiencia profesional...); derivación en su caso. 6. Evaluación de las expectativas del cliente para la psicoterapia (e.g., experiencia previa, metas, temores, etc.) 7. Contacto global inicial y, en su caso, reafirmación (e.g., garantía de esperanza, acierto de haber buscado ayuda). 8. Acuerdo sobre un "contrato terapéutico" (e.g., metas abstractas, roles, proceso de investigación/exploración activa y acuerdo sobre la revisión del proceso y el reencuadre de las metas en un intervalo determinado. 9. Revisión de los derechos del cliente y las responsabilidades del terapeuta; firma de un consentimiento informado.
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas psicométricas de elección, con especial atención a los temas nucleares (identidad, realidad, poder y valores). 2. Evaluación básica de la salud (dieta, sueño, ejercicio, productos químicos e historial médico). 3. Evaluación del self y apreciación del nivel de desarrollo.
Determinación de nivel (<i>leveling</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del nivel primario de énfasis en el momento (problema, patrón, proceso o combinación de ellos). 2. Acuerdo sobre una estrategia preliminar general para enfocar dicho nivel.
Trabajo inicial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profundizar el desarrollo de una alianza de trabajo (via afirmación, ánimo, etc.) 2. Ejercicios conductuales activos para casa; fomento de las actividades autoexploratorias (en su caso inicio de un diario personal, revisión vital, meditación...) ⁽²⁾ 3. Exploración más detallada de la situación vital presente y las preocupaciones primarias/secundarias. 4. Exploración más intensiva/extensiva de la historia vital, desarrollo temprano, familia de origen (e.g., via revisión vital, álbumes familiares, etc.)

(sigue...)

TABLA 1. (Continuación)

Trabajo intermedio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salvo en casos de funcionamiento borderline en los que un enfoque centrado en el sí mismo puede ser peligroso, introducción de ejercicios tendentes a ampliar (a) la autoconciencia y (b) la relación positiva con uno mismo (e.g., flujo de conciencia, espejo, sueño/miedo/fantasia, etc.) 2. Ejercicios en la sesión que enfatizen la exploración, novedad y potencia (e.g., diálogos, psicodrama). 3. Trabajos para casa tendentes a rituales de autoayuda, internalización/exploración del nuevo "mundo real" y acotamiento emocional/conceptual/conductual. 4. Reconocimiento, respeto y trabajo <u>con</u> (no contra) la resistencia. 5. Énfasis en seguir el ritmo y respetar los ciclos avance/retroceso.
Revisión y elección	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de las metas generales. 2. Revisión del trabajo hasta el momento. 3. Evaluación general del progreso. 4. Evaluación de la satisfacción y motivación del cliente ante la terapia. <ol style="list-style-type: none"> a. Si se acuerda terminar, ir a la etapa siguiente. b. Si se acuerda seguir, volver a la etapa de "determinación del nivel".
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repetir lo anterior añadiendo o suprimiendo lo que no resulte adecuado.
Fin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la atribución del cliente sobre la responsabilidad del progreso, autonomía, etc. 2. Confirmar al cliente como individuo único. 3. Confirmar su pretensión de desarrollo personal (intento, esfuerzo, actividad) 4. Animar la apertura futura hacia ello. 5. Discutir posibles expresiones y experiencias del proceso de separación. 6. Terapeuta: revisión y evaluación privada de las lecciones aprendidas del cliente.

(1) Adaptado de Mahoney (en prensa).

(2) Algunos de los ejercicios y procedimientos que se exponen son extensivos y modificaciones basadas en los principios constructivistas sobre el desarrollo y la adaptación psicológica humana. El "trabajo del diario personal" se refiere a un diario semiestructurado de hechos cotidianos, sueños y pensamientos privados, mientras que un "proyecto de revisión vital" es un ejercicio tendente a identificar patrones en la reconstrucción de la historia individual. Así mismo, el "flujo de conciencia" implica el comentario espontáneo de pensamientos, imágenes, sentimientos y recuerdos tras establecer un contexto relajado y de confianza, y el "espejo" requiere que el individuo se dedique a observarse, dialogar y relacionarse con su imagen reflejada.

Para una descripción más detallada ver Mahoney (en prensa).

embargo somos más que comadronas del alma, somos comadronas del corazón, de la cabeza y de la persona como totalidad sistémica en perpetuo desarrollo. La nuestra es realmente una responsabilidad privilegiada, que merece un compromiso con su continuo reencuadre y perfeccionamiento.

COMENTARIOS FINALES

Concluiré de forma más breve y contenida que la que ha caracterizado este ensayo sobre los fundamentos, rasgos y ramificaciones prácticas de la metateoría constructivista. He comentado que —en los niveles filosófico y teórico— el constructivismo resulta particularmente prometedor como metateoría. Por ejemplo, clarifica e intenta resolver los sempiternos dualismos entre la naturaleza, contenido y procesos de conocimiento humano. Igual que el proceso científico y evolucionario que implica, el constructivismo *espera* ser renovado y revisado por investigaciones futuras. Como han enfatizado repetidamente sus defensores, significa una apertura recursiva de autoexamen y reconstrucción. En una simetría temporal, el constructivismo también encarna lo que se “molió” en los molinos de la investigación anterior -el poder de las ideas y la primacía del orden mental abstracto, la importancia de la actividad y la exploración hipotética y el delicado equilibrio entre el mantenimiento de la integridad y la acomodación de la novedad en el desarrollo continuo de un sistema abierto y dinámico.

El “precio” epistemológico de la promesa ofrecida por el constructivismo es, con todo, substancial. El constructivista, por ejemplo, ha renunciado a toda pretensión de certidumbre o permanencia. Con la afirmación de la representación proactiva, el constructivismo reconoce que todo conocimiento es personal y anticipatorio. El aspecto personal del conocimiento es enfatizado aun más por el reconocimiento de los procesos autoorganizativos en la vida cotidiana y el desarrollo biográfico. También es importante el reconocimiento de que el contenido vivencial —los contenidos de la conciencia— presupone estructuras morfo-génicas de orden superior. Esta “primacía de lo abstracto” implica la hipótesis de que el conocimiento humano es complejo, y que la ambigüedad reside en el corazón del proceso al que recurrimos en busca de clarificación (Weimer, 1982a, 1982b).

Y este será el punto con el que concluiré: *las exigencias psicológicas de la metateoría constructivista no son superadas por ninguna otra perspectiva contemporánea*. Ninguna otra familia de teorías modernas exige de sus partidarios que mantengan tal grado de apertura autoexaminadora, que toleren y fomenten la ambigüedad (en lugar de intentar eliminarla), o que se cuestionen a la vez sus respuestas y las preguntas que las originaron. No es fácil ser constructivista -lo que puede explicar porqué, hasta hace poco, el constructivismo ha sido menos popular que otros enfoques. Popular o no, sin embargo, sigue atrayendo a una creciente minoría de teóricos y terapeutas —minoría cuya producción (añado con un sesgo consciente) representa una parte desproporcionadamente grande de investigación

en las fronteras del conocimiento. Sean cuales sean los desarrollos que emerjan en el siglo próximo, muchos habrán sido ofrecidos o influidos por aquellos que conceden al conocimiento humano un papel proactivo.

En este artículo se pasa revista brevemente a las implicaciones de la metateoría constructivista para la conceptualización y la práctica de la psicoterapia. Se sostiene que el terapeuta constructivista construye a su cliente como un proceso activo y en continuo desarrollo, y que los problemas psicológicos se enfocan no como fallos fragmentarios o deficiencias, sino como expresiones de las discrepancias normales entre las capacidades de adaptación del individuo y los retos a que tiene que enfrentarse. De esta forma, el proceso psicoterapéutico se considera como un experimento de ensayo y error sobre diferentes (nuevas) formas de "estar en el mundo". Desde un punto de vista ideal, terapeuta y cliente crean una alianza terapéutica íntima y emocionalmente densa, en la que y a través de la cual puede el cliente experimentar y explorarse a sí mismo y al mundo que le rodea. Estos aspectos prácticos encajan perfectamente con gran parte de los presupuestos de las principales metateorías psicoterapéuticas, por lo que se considera que la metateoría constructivista puede ser útil solamente en la medida en que facilita los intentos de integración conceptual.

Traducción: Lluís Botella García del Cid

Nota Editorial: Este artículo apareció en el *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1: 299-315, 1988 con el título "Constructive Metatheory: II. Implications for Psychotherapy". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- ADAMS-WEBER, J. (1981). Fixed role therapy. In R. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley.
- BANNISTER, D. (1975). Personal construct theory psychotherapy. In D. Banister (Ed.), *Issues and approaches in the psychological therapies*. New York: Wiley.
- BREWER, W.F. & AKAMURA, G.V. (1984). The nature and functions of schemas. In R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition, Vol 1* (pp. 119-160). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- BUGENTAL, J.F.T. (1978). *Psychotherapy and process: The fundamentals of an existential-humanistic approach*. Reading: MA: Addison-Wesley.
- BUGENTAL, J.F.T. & BUGENTAL, E.K. (1984). A fate worse than death: the fear of changing. *Psychotherapy*, 21, 543-549.
- BUTTON, E. (Ed.) (1985). *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- ELLENBERGER, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books
- EPTING, F.R. (1984). *Personal construct counseling and psychotherapy*. New York: Wiley.

- FRANK, J.D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 49-79). New York: Plenum.
- FRANSELLA, f. (1972). *Personal Change and reconstruction: Research and treatment of stuttering*. London: Academic Press.
- FRIEDMAN, M. (1967). *To deny our nothingness*. Chicago: University of Chicago Press.
- FRIEDMAN, M. (1974). *The hidden human image*. New York: Dell.
- GOLDFRIED, M.R. (Ed.) (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self: A development approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- IVEY, A.E. (1986). *Development therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985). Epistemological therapy and constructivism. In M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. (pp. 143-179). New York: Plenum Press.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KILBURG, R.R. NATHAN, P.E. & THORESON, R.W. (Eds) (1986). *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- LANDFIELD, A.W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNally
- LANDFIELD, A.W. & LEITNER, L.M. (Eds.) (1980). *Personal construct psychotherapy and personality*. New York: Wiley.
- LEITNER, L. (1987). Crisis of the self: The terror of personal evolution. In R.A. Neimeyer & Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- LERNER, R. (1984). *The nature of the human plasticity*. New York: Cambridge University Press.
- LIOTTI, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 87-104.
- MAHONEY, M.J. (1978). Psychotherapy and human change processes. In M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 3-48). New York: Plenum Press.
- MAHONEY, M.J. (1986). The tyranny of technique. *Counseling and Values*, 30, 169-174.
- MAHONEY, M.J. (1987). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in developing relationship. In K Dobson (Ed). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- MAHONEY, M.J. (1988). Constructive matatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*. 1, 1-35.
- MAHONEY, M.J. (1990). *Human changes processes: Notes on the facilitation of personal development*. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M.J. & GABRIEL, T.J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 1, 39-59.
- MAHONEY, M.J., NORCROSS, J.C., PROCHASKA, J.O. & MISSAR, C.D. (1987). Principles and processes of human change: A transtheoretical survey of American clinical psychologists. Unpublished raw data.
- MAHRER, A.R. (1985). *Psychotherapeutic change: An alternative approach to meaning and measurement*. New York: Norton.
- MALCOM, J. (1980). *Psychoanalysis: The impossible profession*. New York: Knopf.
- MANCUSO, J.C. & ADAMS-WEBBER, J.R. (Eds.) (1982). *The construing person*. New York: Praeger.
- NEIMEYER, R.A. (1980). George Kelly as therapist: a review of his tapes. In A.W. Landfield & L.M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality*. New York: Wiley.
- NEIMEYER, R.A. (1986). Personal construct therapy. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- NEIMEYER, R.A. & NEIMEYER, G.J. (Eds.), (1987). *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- NORCROSS, J.C. & PROCHASKA, J.O. (1986a). Psychotherapist heal thyself: I. The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons. *Psychotherapy*, 23, 102-114.
- NORCROSS, J.C. & PROCHASKA, J.O. (1986b). Psychotherapist heal thyself: II. The self-initiated and therapy-facilitated change of psychological distress. *Psychotherapy*, 23, 345-356.
- PEPPER, S.C. (1942). *World hypotheses*. Berkeley, CA: University of California Press.
- PROCHASKA, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: A Transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey.

- REDA, M.A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- RICE, L.N. & GREENBERG, L.C. (Eds.) (1984). *Patterns of Change*. New York: Guilford Press.
- RUMELHART, D.E. & NORMAN, D.A. (1981). Accretion, tuning, and restructuring: Three modes of learning. In J.W. Cotton & R. Klatzky (Eds.), *Semantic factors in cognition* (pp. 37-60). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- SCOTT, C.D. & HAWK, J. (Eds.) (1986). *Heal thyself: The health of health care professionals*. New York: Brunner/Mazel.
- SOLDZ, S. (1987). The flight from relationship. In R.A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- VOSNIADOU, S. & BREWER, W.F. (1987). Theories of knowledge restructuring in development. *Review of Educational Research*, 57, 51-67.
- WALSH, R.N. & VAUGHAN, F. (Eds.) (1980). *Beyond ego: Transpersonal dimensions in psychology*. Los Angeles: Tarcher.
- WASKOW, I. & PARLOFF, M. (Eds.) (1975). *Psychotherapy change measures*. Washington DC: US Government Printing Office.
- WEIMER, W.B. (1982a). Ambiguity and the future of psychology: Meditations Leibniziennes. In W.B. Weimer & D.S. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*, Vol. 2 (pp. 331-360). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- WEIMER, W.B. (1982b). Hayek's approach to the problems of complex phenomena: An introduction to the theoretical psychology of The Sensory Order. In W.B. Weimer & D.S. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*, Vol. 2 (pp. 267-31). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- WILKINSON, S.J. (1981). Constructs, counterfactuals and fictions: Elaborating the concept of possibility in science. In H. Bonarius, R. Holland & S. Rosenberg (Eds.), *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice* (pp. 39-46). New York: Macmillan.



EL CAMBIO COGNITIVO

Manuel Villegas Besora

Universitat de Barcelona

Cognitive change is a common goal in all cognitive therapies. It is not clear, nevertheless, if this change affects only the contents or the cognitive processes as well. Most cognitive therapy techniques focus their attention on the change of contents (e. g. irrational beliefs), as such therapies have not arisen from information processing theory, but from behaviour modification models or from psychoanalysis. This paper examines these circumstances and proposes a revision of the cognitive change on the basis of a general model of information theory and on the analysis of different stages of epistemological development.

Apenas resulta concebible algún tipo de psicoterapia en la actualidad, independientemente de su escuela de adscripción, que no postule de forma directa o indirecta alguna modalidad de cambio cognitivo (Hoffman, 1984; Semmer & Frese, 1984). La razón de esta “cognitivización” repentina de la psicoterapia hay que buscarla en un efecto reflujó de la década de los ochenta, dominada en psicología por las disciplinas relacionadas con el paradigma de la información.

Es cierto que ya desde los años cincuenta y sesenta se pueden descubrir en autores, marginales en aquel momento, referencias a los aspectos cognitivos de la terapia, aunque nunca con la denominación de cognitiva (Villegas & Feixas, 1989). Así, por ejemplo, George Kelly (1955), a quien diversos comentaristas reconocen la primacía en describir un modelo cognitivo de cambio (Weishaar & Beck, 1987), utiliza el concepto de “constructos personales” para referirse a la función predictiva del sistema psicológico que media toda ejecución de la conducta y que la explica más allá de los estímulos ambientales; esta concepción es coherente con la metáfora del “hombre como científico”, compartida por otros autores posteriores como Beck, Mahoney y Meichenbaum (Wesler, 1987), los cuales conciben al ser humano como un investigador activo de su ambiente, frente a la visión pasiva o respondiente del conductismo clásico. Albert Ellis (1962), como casi contemporáneamente lo hará también Beck (1963), se desmarca de la posición psicoanalítica al subrayar el papel activo del terapeuta sobre el sistema cognitivo del paciente, constituido por el conjunto de ideas y de creencias frecuentemente irracionales, responsable de su patología.

Durante la década de los setenta se desarrolla la visión interaccionista del

conductismo mediacional (Kendall & Hollon, 1979), impulsada por los trabajos, entre otros, de Rotter, Chance & Phares (1972), Mischel (1973) y Bandura (1977a, 1977b). Este último con su concepto de "percepción de autoeficacia", aporta una visión claramente cognitiva del proceso de cambio terapéutico. Mahoney (1974) y Meichenbaum (1977), a los que nos hemos referido ya anteriormente, desarrollan modelos de modificación de conducta, basados en la capacidad de autocontrol cognitivo de los seres humanos.

Los años ochenta representan la eclosión de las llamadas terapias cognitivas (Antaki & Brewin, 1982), que extienden su campo de aplicación, limitado inicialmente a la depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), a otras patologías tales como los trastornos de ansiedad, las fobias (Beck & Emery, 1985) o los conflictos de pareja (Epstein, 1983). Incluso terapias que llevaban una vida desconectada del curso central de la psicoterapia son recuperadas por la moda cognitiva. Este movimiento en el seno de la comunidad psicológica y, particularmente psicoterapéutica, produce fenómenos tan curiosos como la asimilación de la "logoterapia" de Frankl, un terapeuta oportunista y sin escuela, que anteriormente había pasado por existencialista y posteriormente por humanista, a una terapia cognitiva (véase Hoffman, 1984, por ejemplo). Una suerte parecida le ocurre al pequeño, pero compacto grupo de seguidores de Kelly, quienes de pronto se sienten solicitados por la comunidad cognitiva (véase por ejemplo, Landfield, 1980; Neimeyer, 1987), justamente porque ésta se está constituyendo y necesita echar mano de todos los recursos existentes para afianzarse.

Esta heterogeneidad de procedencias indica hasta qué punto puede resultar prematuro hablar hoy en día de terapias cognitivas, si no es en oposición a otras terapias, tanto las psicoanalíticas, como las conductistas o las humanistas, que por motivos contrapuestos evitan igualmente centrarse en lo cognitivo. En el campo humanista Rogers (1956), por ejemplo, reprochaba a Kelly una excesiva intelectualización de la terapia. Desde el punto de vista psicoanalítico la crítica fundamental tiene que ver con la presunta transparencia de la conciencia, que haría accesible a la razón todos los mecanismos psico/patológicos. El situacionismo conductal, por su parte, puede objetar a las terapias cognitivas una pretendida independencia del medio, que las llevaría al solipsismo. Sin embargo, y a pesar de las críticas todos se apuntan al "carro del heno" del cognitivismo puesto que la tiranía de la moda no perdona. Así, por ejemplo, diversos son los autores (Ederlyi, 1985, Bieber, 1980, Wegman, 1985, Watchel, 1987, Gill, 1984) que buscan aspectos cognitivos en el psicoanálisis, con la reformulación de conceptos tan básicos como el de inconsciente (Watchel, 1977; Gardfield, 1980; Safran, 1981; Goldfried, 1979). Lo mismo cabe decir del conductismo, el cual ha evolucionado hacia un enfoque cognitivo (Goldfried, 1982, Ryle, 1982; Sarason, 1982), claramente explícito en modelos orientados hacia la resolución de problemas (Spivack, Platt & Shure, 1976) o el autocontrol (Meichenbaum, 1977). Incluso autores de orientación rogeriana (Iberg, 1990; Toukmanian, 1990; Zimring, 1990) hacen re-

ferencias crecientes a aspectos cognitivos -procesos y funciones- como mediadores del cambio.

Naturaleza del cambio cognitivo

Si bien en este momento todas las terapias ponen de manifiesto posibles dimensiones cognitivas en los procesos de cambio psicológico, lo cierto es que sólo unas pocas lo persiguen de una forma sistemática, convirtiéndolo en el objetivo de su intervención (Wesler, 1987). Resulta pues crucial definir qué se entiende por cambio cognitivo para determinar hasta qué punto una terapia puede ser denominada cognitiva. A este respecto tenemos que convenir, sin embargo, que los términos no están muy claros. Para empezar hay que establecer una primera distinción entre proceso y contenido cognitivos. Es evidente que las llamadas terapias cognitivas se han ocupado fundamentalmente de éste último y no del primero. Tanto Ellis (1962) como Beck (1967), aunque con distintos estilos, se centran en el sistema de creencias del sujeto e intentan modificar sus ideas erróneas (contenido), y no en los procesos cognitivos básicos. Nadie pretende modificar un estado depresivo estimulando la memoria, como si el depresivo fuera incapaz de recordar los acontecimientos gratificantes del pasado. El problema es de otro orden. No se trata de una disfunción de las funciones psicológicas básicas (como en la amnesia o en la afasia), aunque éstas quedan afectadas también en trastornos psicológicos como la depresión (dificultad de concentración, descuido de las tareas habituales, pobreza de ejecución en las tareas), sino del significado que el depresivo otorga a sus experiencias. Este, y no otro, es el responsable de su estado de ánimo. Con razón, pues, las terapias cognitivas se orientan hacia la modificación del contenido, como las terapias conductuales se orientan a la modificación de la conducta, controlando las variables estimulares. Las terapias cognitivas intentan controlar la variable mediacional, representada por el contenido -las creencias- del sistema cognitivo, que actúa de estímulo desencadenante de la patología y de reforzador de la misma por su poder predictivo y autoconfirmante.

El contenido no es, sin embargo, independiente de la forma. Al igual que el lenguaje, el pensamiento tiene una sintaxis, es decir unas reglas de ordenación lógica, inseparables del producto final o juicio sobre el que basamos nuestras acciones y reacciones. Si yo juzgo que “la vida no merece la pena vivirse”, puedo sacar dos conclusiones lógicas o coherentes con la premisa anterior: la del suicidio o la de la resignación (la vida “es un valle de lágrimas”).

El pensamiento sigue necesariamente unas reglas lógicas. Es cierto que, como en la lógica escolástica, pueden producirse vicios de forma que alteren las conclusiones. Estos defectos formales afectan fundamentalmente a las premisas y han sido señalados con acierto por diversos teóricos de la terapia cognitiva. Beck & Greenberg (1984) citan entre otros errores de procedimiento lógico, los siguientes: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximiza-

ción o minimización y personalización.

En el fondo, en la dialéctica entre cliente y terapeuta cognitivo se reproduce la vieja polémica sofista sobre cómo alcanzar “la opinión mejor”. No en vano se describe la terapia cognitiva como mayéutica o diálogo socrático (Weishaar & Beck, 1987). La psicoterapia se convierte de este modo en un ejercicio de retórica. Frank (1987) lo reconoce explícitamente en un artículo suyo titulado “Psicoterapia, retórica y hermenéutica” (véase la traducción castellana en el nº 1 de la Revista de Psicoterapia pp. 26-38) en el que señala que el objetivo de transformar los significados “es explícito en las terapias humanístico-existenciales (Frankl, 1984; Havens, 1974) cognitivas (Beck, 1976; Ellis, 1962) y el psicoanálisis del que proceden dichos autores. Para conseguir los fines terapéuticos, el psicólogo echa mano de la retórica, la cual ha sido definida como “el uso de palabras para formar actitudes o inducir a acciones” (Burke, 1969). Hasta aquí, sin embargo, la retórica puede ser confundida con las artes persuasorias. Lo que la distingue son las reglas de la argumentación o de la lógica (Glaser, 1980). Esta surgió, precisamente, para desbaratar el tipo de argumentación sofística que no reconocía la existencia de la verdad, sino sólo de la opinión y, por consiguiente, podía demostrar cualquier cosa y, en pocos minutos, la contraria. A partir del planteamiento sofista, la cuestión de la verdad, o en último término de la fundamentación del conocimiento, se convirtió en una cuestión esencial para la filosofía. ¿Se trata de un bello discurso o de un discurso verdadero? Ahora bien, ¿qué es la verdad: el reconocimiento de unas ideas trascendentes (innatismo o idealismo platónico), o la adecuación de la mente a la realidad (realismo aristotélico)? Pero, ¿es posible conocer la realidad (escepticismo) o existe algún método válido, basado en la razón, para llegar al conocimiento inequívoco de la misma (racionalismo)?

Aplicando esta perspectiva de la historia de la filosofía al campo de las terapias cognitivas, llegamos a la conclusión de que tales terapias se alinean, fundamentalmente, con el racionalismo, puesto que para ellas existe una verdad y ésta puede ser demostrada a través de instrumentos racionales. Por ejemplo la proposición “la vida merece vivirse” es una proposición verdadera y demostrable frente a la contraria “la vida no merece vivirse”. Racionalidad, pues, en una doble vertiente, la del método y la del contenido. Cierto es que, como reconocen estos autores, la verdad sobre el ser humano no puede ser plenamente conocida y que, de acuerdo con la filosofía estoica (Epicteto, Cicerón, Séneca, Marco Aurelio), la mayoría de las desgracias que nos acontecen son atribuibles, no tanto a los acontecimientos mismos, sino a la opinión que nos formamos de ellos. Sin embargo existe según estos filósofos una serie de valores que contribuyen a hacer más feliz la vida humana. Dryden & Ellis (1987) basan en la capacidad de orientar la vida hacia objetivos importantes, la posibilidad de alcanzar una mayor felicidad. De esta forma, racional se define como “aquello que ayuda a conseguir tales fines, e irracional todo aquello que lo impide”.

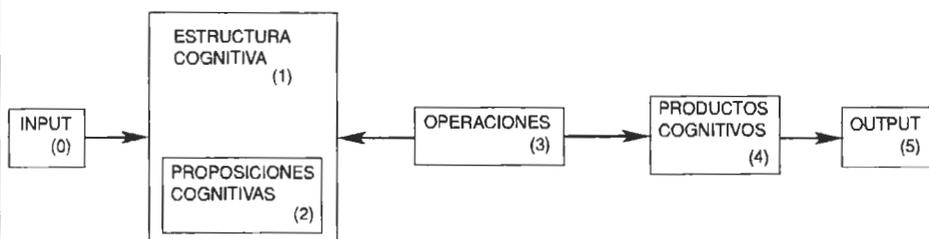
¿Procesos o contenidos?

Ahora bien, ¿hasta qué punto estas terapias "racionales" se mueven en el ámbito de la psicología cognitiva o se limitan simplemente a desarrollar las implicaciones terapéuticas de la retórica socrática y aristotélica (Frank, 1980) en un contexto de psicología aplicada? Como bien han señalado diversos autores, Ingram (1986), Ibáñez (1988), Tous (1989), entre otros, o Feixas (1990) en este mismo número, las llamadas terapias cognitivas no sólo no tienen ninguna fundamentación teórica en la psicología cognitiva básica, sino que han nacido de fuentes muy alejadas de ella, como el conductismo mediacional y el psicoanálisis. La psicología cognitiva se ha orientado específicamente al estudio de los procesos cognitivos (véase por ejemplo Vega, 1984) con una absoluta despreocupación por el contenido, mientras que las terapias cognitivas se han orientado exactamente en la dirección contraria, hacia la determinación de aquellos contenidos idiosincrásicos que influyen en las conductas patológicas y en los intentos de modificación de tales ideas. La metodología de trabajo de las terapias cognitivas se inspira en el modelo conductual más que en el del procesamiento de información, llegando incluso en muchos casos a identificar el pensamiento como una forma de estímulo encubierto (Cautela, 1970) o como una clase de autorregulación (Meichenbaum, 1977), función análoga a la del lenguaje interno, descrita por Vygotsky (1962) y Luria (1961) como monólogo interior.

Algunos autores, como Ingram & Hollon (1986), han intentado establecer puentes entre el enfoque básico y el aplicado dentro del paradigma de la información, distinguiendo entre estructuras, proposiciones, operaciones y productos cognitivos, conceptos de distinto nivel, pero íntimamente relacionados entre sí. Por estructuras cognitivas se entiende la arquitectura del sistema donde se organiza y representa la información (por ejemplo, la memoria a corto y largo plazo). Como tal interviene en las funciones asociativas entre la memoria episódica y la memoria semántica. Las proposiciones cognitivas se refieren a las informaciones almacenadas en las estructuras anteriores (por ejemplo memoria episódica y memoria semántica), que dan lugar a esquemas de representación de la realidad, tales como esquemas sociales (Rudy & Merluzzi, 1984), auto-esquemas (Ingram et al. 1983) esquemas depresógenos (Beck, 1967), independientemente de su contenido. Las operaciones son los procedimientos a través de los cuales se realizan las transformaciones a que se ve sometida la información proveniente tanto del exterior como del interior (por ejemplo codificación o recuperación, procesos de control, etc.). Finalmente, los productos son las imágenes, ideas o pensamientos resultantes de la interacción de la información, las estructuras cognitivas, las proposiciones y las operaciones, tales como autoinstrucciones, atribuciones y representaciones. Todo ello influye en la conducta resultante de la estimulación del sistema cognitivo provocada por una situación cualquiera (ver gráfica I).

Gráfica I

DIAGRAMA ESQUEMATICO DE LOS PATRONES DE RELACION ENTRE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA TAXONOMICO COGNITIVO ^(*)



0.- INPUT: Datos sensoriales, informaciones, etc.

1.- ESTRUCTURA COGNITIVA: Memoria a corto y largo plazo, etc.

2.- PROPOSICIONES COGNITIVAS: Creencias almacenadas, informaciones internamente generadas, etc.

3.- OPERACIONES: atención, codificación, recuperación, elaboración cognitiva, etc.

4.- PRODUCTOS COGNITIVOS: atribuciones, imágenes, pensamientos, etc.

5.- OUTPUT: conducta, verbalizaciones, etc.

(*) Resumido y adaptado de Ingram, R. E. & Kendall, P. C. (1986).

Dejando por el momento al margen la objeción de que el modelo presupone una mente transparente, como el sistema inteligente de un ordenador, no cabe duda de que facilita la visión de la complejidad del problema, al establecer distintos niveles estructurales, funcionales y representacionales de la cognición. Podríamos añadir a este esquema un grado de complejidad mayor si lo consideráramos en su proceso de construcción, es decir desde una perspectiva genética o evolutiva. Esta, en efecto, es una característica específica del sistema cognitivo humano que no nace con una estructura adulta, sino que se forma a través de estadios sucesivos de complejidad creciente, evolución que afecta principalmente al sistema operativo y proposicional, como han puesto de relieve Guidano y Liotti (1983) al destacar la dialéctica entre memoria episódica y memoria semántica, cuyos contenidos

cambian evidentemente con la construcción de nuevas experiencias desde la infancia a la edad adulta, o respecto a los distintos niveles o estadios operacionales del sujeto, por ejemplo operaciones sensorio-motoras vs. operaciones formales, (Ivey, 1986; Joyce-Moniz, 1985).

Límites y alcance del cambio cognitivo

Puestas las cosas en estos términos, ¿qué significa el cambio terapéutico respecto a los procesos cognitivos? ¿El cambio de las ideas o creencias, cambia las reglas operativas? ¿El cambio en las reglas de operación modifica las ideas o los contenidos de la memoria episódica? ¿Qué relación existe entre unos y otros estratos del sistema cognitivo? ¿Dónde debe fijar el terapeuta su atención?

Tal vez el cuestionamiento en estos términos ayude a aclarar un poco la esencia del cambio cognitivo. Tradicionalmente, como ya se ha dicho, éste se ha identificado con los cambios introducidos en el sistema de creencias del sujeto. El postulado fundamental es que “los contenidos mentales que produce el ser humano influyen en su conducta” (Tous, 1989). Por ello la acción terapéutica se ha dirigido hacia el control y la modificación del pensamiento. La mayoría de terapeutas cognitivos, además, han incidido de una forma directa o indirecta en la modificación igualmente de las reglas operativas del pensamiento patológico. En realidad, pues, se trata de un planteamiento racionalista de corte psicopedagógico, que ha sido conceptualizado como “condicionamiento filosófico” (Hoffman, 1984).

El mensaje oculto de las terapias racionales es, en síntesis, el siguiente: “usted piensa equivocadamente y además ha llegado a estas creencias erróneas porque razona inadecuadamente; en consecuencia debe modificar sus ideas y aprender a hacer inferencias y deducciones de forma correcta”. Está claro que en este planteamiento no hay una referencia explícita a los sentimientos y/o emociones, contrariamente a lo que sucede, por ejemplo, en las terapias humanistas. Algunos autores, como Ellis, han intentado paliar este déficit, incluyendo la vertiente emocional en la misma denominación de su modelo terapéutico Rational Emotional Therapy (RET). De todas formas los pensamientos se llevan la parte del león, puesto que tanto para Ellis (1962) como para Beck “las emociones siguen, en general, a los significados atribuidos a los acontecimientos y por consiguiente las perturbaciones emocionales derivan de las atribuciones erróneas dadas a los acontecimientos” (Beck & Greenberg, 1984). De este modo “la mayor parte de las patologías como la ansiedad, las fobias y obsesiones, además de la depresión, pueden asociarse con distorsiones cognitivas características, y tales trastornos pueden responder igualmente a una terapia orientada a la corrección de estas distorsiones “ (Beck & Greenberg, 1984).

La distinción entre cognitivo y emocional parece en estos autores algo más bien arbitrario, si tenemos en cuenta que conceptos como el de “desesperanza” son entendidos como “factores cognitivos” (sic), “máximos responsables, por ejemplo, de la conducta suicida” (Beck & Greenberg, 1984). En cualquier caso, la

mayoría de autores de terapia cognitiva suscribirían las tesis evolucionistas de Plutchik (1980), según el cual las emociones dependen del procesamiento cognitivo de los acontecimientos, responsable del arousal fisiológico y de los estados emocionales que llevan a la acción. Teoría similar a la de Arnold (1960), denominada "modelo cognitivo de las emociones" (Lazarus, Averill & Opton, 1970), que conceden la primacía a la cognición en la secuencia emotivo-conductual, algo evidente ya en la desensibilización sistemática, donde el cambio de expectativas produce la disminución de la ansiedad (Semmer & Frese, 1984).

No está muy claro, pues, qué significa para los autores cambio cognitivo, puesto que la tesis básica común a todos los enfoques cognitivos, es que tanto los cambios emocionales como los conductuales vienen mediados por los cambios cognitivos (Wesler, 1987). Ahora bien, ¿en qué niveles se produce el cambio? Si tomamos como base el modelo de la información, habida cuenta de los distintos niveles estructurales, operativos y representativos del sistema cognitivo, podemos resituar la cuestión. En primer lugar podemos decir que no hay terapias psicológicas que orienten su intervención hacia las estructuras cognitivas en cuanto tales. Esta sería misión más bien propia de la neuropsiquiatría, de la neuropsicología cognitiva o de las neurociencias, disciplinas especializadas en el análisis de los componentes funcionales del sistema. Las llamadas terapias cognitivas no pretenden pues provocar cambios a estos niveles; presuponen más bien una estructura completa del sistema. Admiten como compatibles intervenciones de tipo bioquímico o de cualquier otro género, orientadas a restablecer el equilibrio fisiológico responsable del funcionamiento y mantenimiento del sistema operativo. Pero no entienden de ellas. Podrían compartir la opinión de Fodor (1980) de que "la psicología cognitiva comienza donde termina la psicofísica".

Tampoco cabe esperar que la terapia cognitiva incida en los mecanismos de procesamiento. De acuerdo con Ingram & Hollon (1986) los procesos candidatos a experimentar cambios serían los siguientes: a) procesamiento automático vs. procesamiento controlado; b) procesamiento autocentrado vs. procesamiento heterocentrado; c) esquemas actuales vs. esquemas alternativos. Sin embargo, no existe evidencia de que esto suceda en realidad. Los cambios que pueden observarse en terapia cognitiva son más bien atribuibles al contenido que a los modos de procesamiento. Como dicen Nasby & Kilstrom (1986): "la mayoría de problemas cognitivos de los clientes radican en el contenido. Los mecanismos de procesamiento de la información funcionan precisamente muy bien".

En efecto, la sustitución del pensamiento automático por el controlado, afecta a los pensamientos depresivos en la medida en que estos cambian de signo, no a la función de procesamiento en sí misma. Igual cabe decir del paso de un pensamiento autocentrado a otro más descentrado; puesto que en el depresivo predominan los pensamientos de carácter negativo sobre sí mismo, con un peso emocional que le lleva a preocuparse más de lo que resultaría adecuado en circunstancias favorables. Se trata pues de una patología que afecta mayormente

al contenido, y no al sistema de procesamiento. Para que existiera una patología de este género, ésta debería afectar a todas las áreas en que interviene el procesamiento y esto, evidentemente, no es así en las patologías que habitualmente trata la terapia cognitiva, tales como depresiones, fobias y compulsiones (Barber & de Rubeis, 1989). Otra cosa muy distinta podría decirse, seguramente, de la esquizofrenia: Ruiz-Vargas (1987), por ejemplo, después de pasar revista a una serie de modelos teórico-experimentales llega a la conclusión de que el pensamiento esquizofrénico se caracteriza por un déficit en el procesamiento controlado vs. el automático el cual mantendría intacta su capacidad. Para estos problemas, sin embargo, no se ha desarrollado, hoy por hoy, ninguna terapia que pueda denominarse cognitiva.

Respecto a los cambios en los niveles formales del sistema parece evidente que pueden perseguirse directamente. El resultado de cualquier intervención pedagógica exitosa redundaría en una mayor complejidad del sistema operacional. No está muy claro, sin embargo, si estas operaciones intelectuales pueden desarrollarse por sí mismas al margen de un contenido, ni si déficits en estas áreas tienen efectos necesariamente psicopatológicos. Si la relación fuera causal, resultaría muy difícil simultáneas desarrollo y normalidad. Una cierta tendencia, sin embargo a asociar normalidad psicológica con pleno desarrollo adulto se halla subyacente en la mayoría de terapias, las cuales con diversos conceptos tales como madurez genital, autorrealización, procesamiento controlado, consideran el “funcionamiento adulto ideal” como el paradigma de la salud mental.

Tampoco está claro si un mayor grado de complejidad cognitiva ayuda o no a resolver un problema. La solución, en efecto, pasa muchas veces por su simplificación y esto conlleva reaccionar a niveles más bajos. Esta es la razón por la que culturas menos complicadas, donde la expresión de las emociones es inmediata y socialmente se aceptan como válidas respuestas sensoriales, emocionales y motóricas presentan menos ansiedad. La elaboración de respuestas más complejas, abstractas y sutiles se justifica únicamente por la insuficiencia de los niveles inferiores, de acuerdo a las leyes de economía psíquica y a los condicionantes de la situación. Como dice Beck (1983) “no es necesario ayudar al paciente a resolver todos los problemas de su vida, basta con la reducción de síntomas y una mejoría en el ajuste psicosocial”.

Estrategias terapéuticas de cambio

Las terapias cognitivas se conciben como una colaboración entre terapeuta y paciente en la tarea de investigar, poner a prueba y buscar soluciones a los problemas. Se parte del supuesto de que las interpretaciones y conclusiones inadaptadas del paciente tienen que ser tratadas como hipótesis a probar. Se utilizan de este modo experimentos conductuales y análisis de interpretaciones alternativas para generar evidencia en contra de las creencias y razonamientos erróneos del paciente.

En efecto, la terapia cognitiva se basa en el supuesto de que los trastornos psicológicos son atribuibles a errores habituales y específicos del pensar (Beck, 1967). Bajo condiciones de stress las personas tienden a interpretar incorrectamente las situaciones de la vida, a juzgarse de forma excesivamente crítica o a fracasar en la selección de estrategias adecuadas para hacer frente a los problemas exteriores.

Las estrategias cognitivas para promover el cambio, de acuerdo con Weishaar & Beck (1987), utilizan “una combinación de técnicas verbales y conductuales, dirigidas a demostrar la inconsistencia de las hipótesis del paciente, modificar sus creencias y desarrollar las habilidades necesarias”. Las técnicas conductuales juegan un papel instrumental en el cambio cognitivo en la medida que proporcionan la experiencia necesaria para generar nuevas formas de pensar y cambiar las hipótesis inadecuadas. Las técnicas cognitivas se diseñan expresamente para ayudar al paciente a identificar, contrastar y corregir las conceptualizaciones erróneas y las creencias disfuncionales que subyacen a tales pensamientos. Finalmente, al pensar y actuar de una forma más realista y adaptativa, de acuerdo con las hipótesis comprobadas, más que con suposiciones, el paciente podrá experimentar una mejoría en sus síntomas y en su funcionamiento.

Aunque las finalidades de todos los terapeutas cognitivos son similares, sin embargo tanto las estrategias como los estilos para conseguir el cambio presentan diferencias de marca. Así, por ejemplo, Beck se distingue de Ellis (1962) por considerar que éste reduce de una forma generalizada las creencias irracionales y pretende además cambiarlas directamente. En contraposición a la Terapia Racional Emotiva (RET) de Ellis, Beck considera que las creencias irracionales son características o idiosincrásicas de cada individuo y que sólo pueden ponerse en cuestión utilizando una dialéctica socrática, más que directiva (Weishaar & Beck, 1987). A causa de estas diferencias entre ambos autores vamos a exponer por separado sus propuestas estratégicas para el cambio.

Ateniéndonos a un orden de antigüedad consideremos en primer lugar las técnicas cognitivas propuestas por Ellis. Estas se basan fundamentalmente en la discusión de las creencias irracionales. Esta discusión se lleva a cabo a través de cuatro estrategias (Dryden & Ellis, 1987): a) detectar las creencias irracionales, particularmente aquellas que se expresan en formas de imperativo categórico (debería, tengo que, habría que, etc.); b) debatir con el paciente hasta que éste reconozca la inexactitud de sus creencias irracionales y la verdad de las alternativas racionales; c) discriminar entre los valores relativos (deseos, preferencias) y los absolutos (necesidades, demandas e imperativos); d) definir mejor verbalmente los términos relativos a sus creencias.

Un ejemplo de este proceder lo podemos tomar del mismo Ellis (1979) quien propone una serie de cuestiones para desarticular la creencia de una paciente de que “debería ser tan eficaz y completa sexualmente como la mayoría de mujeres”. ¿Se puede sostener de forma racional esta creencia? ¿Existe alguna evidencia de

la verdad de esta creencia? ¿Qué evidencia existe en contra de la falsedad de que debería ser tan orgásmica como las otras mujeres? ¿Qué es lo peor que me puede suceder si no llego a conseguir el orgasmo como creo que debería conseguirlo? ¿Qué consecuencias positivas se pueden derivar si no llego nunca al orgasmo que creo que he de alcanzar? Estas y otras preguntas de esta guisa pueden servir para cuestionar el sistema de creencias irracionales sobre el que se basa el sufrimiento irracional de la persona. En efecto, Ellis, como buen estoico, no pretende aquí que la mujer supere su anorgasmia, sino que cambie la creencia absurda, causa de su desgracia, de que no es una mujer completa, por un criterio más realista que le permita vivir humanamente feliz.

Beck (1976) concibe la terapia cognitiva “como un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma cómo los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones”. Desde el punto de vista pragmático la terapia cognitiva es una experiencia de aprendizaje en la que el terapeuta juega un papel activo en el proceso de ayudar al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales. Según las características del problema aplica un número determinado de técnicas verbales o conductuales, orientadas a solventar las necesidades del paciente. En concreto las técnicas cognitivas se encaminan a identificar y poner a prueba los errores específicos de base. Con ello se pretende conseguir que el paciente sea capaz de realizar las siguientes operaciones:

- 1) monitorizar sus pensamientos automáticos negativos;
- 2) reconocer las conexiones entre pensamiento, afecto y conducta;
- 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos automáticos distorsionados;
- 4) sustituir estos pensamientos sesgados por interpretaciones mejor fundadas en la realidad;
- 5) aprender a identificar y alterar las creencias disfuncionales que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Las técnicas verbales se utilizan para explorar la lógica utilizada para extraer conclusiones específicas, mientras que las conductuales se orientan no sólo a modificar la conducta, sino también a identificar pensamientos.

La primera estrategia terapéutica consiste en la identificación de los pensamientos automáticos, que se hallan asociados a los estados de ánimo. Tales pensamientos reflejan el contenido temático de los síntomas (por ejemplo: el miedo es específico de la ansiedad; el sentimiento de pérdida, de la depresión). Con frecuencia el paciente confunde sus pensamientos automáticos con la verdad, de modo que no considera la posibilidad de cambiarlos. Desmontar este andamiaje conceptual del paciente presupone convertir en hipótesis, que deben ser contrastadas, lo que para él son conclusiones firmes. Para ello se hace necesario proceder de una manera científica, aportando datos, evaluando resultados y sacando conclusiones. Al someter de esta forma sus pensamientos al análisis objetivo (Beck &

Young, 1984) los pacientes aprenden a ver que su visión de la realidad puede ser muy distinta de lo que viene siendo en la actualidad. Para llevar a cabo este análisis es útil contrastar las experiencias pasadas con las hipótesis distorsionadas; diseñar experimentos para poner a prueba las creencias irracionales y contrastar los resultados; o referirse a experiencias propias o ajenas si no es posible experimentar directamente las hipótesis del paciente. Estas tareas implican igualmente mejorar las formas de hablar y razonar, sustituyendo las generalizaciones por especificaciones y definiendo los términos vagos por otros más operativos.

Otra estrategia a considerar es la técnica de reatribución, que consiste en buscar explicaciones alternativas a la causalidad de los acontecimientos. El cuestionamiento de las atribuciones del paciente puede llevarle, en base al análisis de la evidencia, a desarrollar una evaluación más realista de su responsabilidad.

La técnica de descentramiento se utiliza con pacientes que se sienten el punto de mira de los demás. Ser capaz de fijarse en los problemas de los otros ayuda a ver que la problemática humana es mucho más compartida de lo que parece y que incluso uno mismo puede ser capaz de ayudar a los demás.

La automonitorización de la conducta es otra técnica, tomada de la tradición conductual, que puede aplicarse al campo cognitivo. Consiste en la observación y registro sistemáticos de los pensamientos automáticos. Con ella se consigue ver las fluctuaciones que experimentan los estados anímicos, tales como la ansiedad, los cuales siguen un curso limitado de inicio, culminación y desenlace, a los que la persona puede perfectamente sobrevivir.

La utilización de la imaginación se basa en el hecho de que la mayoría de las personas ansiosas se representan imágenes que anteceden a y concurren con la ansiedad. La mayoría de tales personas se describen a sí mismas como imaginativas más que como pensadoras. Las imágenes espontáneas suministran datos significativos sobre el sistema conceptual del paciente; pueden usarse igualmente las fantasías inducidas, la reestructuración de los sueños y el uso de imágenes específicas para la modificación de los pensamientos.

La terapia cognitiva se orienta a la resolución de problemas y en consecuencia considera el entrenamiento en habilidades como una actividad específica. Tradicionalmente se han identificado como pasos necesarios para la solución de problemas los señalados por D'Zurilla & Goldfried, (1971), Spivack, Platt & Shure (1976), Goldfried (1980), König (1984) y otros autores: identificación y especificación del problema; recogida de información; individuación de las posibles causas; búsqueda de soluciones alternativas; experimentación restringida; confrontación y evaluación de los progresos conseguidos; extensión, reformulación o sustitución de soluciones.

Los pasos que Ingram & Hollon (1986) consideran que debe seguir una terapia cognitiva se basan fundamentalmente en la concepción de Beck. Para estos autores la terapia cognitiva es un integración de procedimientos orientados al cambio cognitivo y conductual. La analogía con el conocimiento científico sobre

el que se basan las terapias cognitivas incluye la formulación de hipótesis (creencias), la validación o invalidación experimental de las mismas (conducta) y la confirmación o reelaboración teórica. En consecuencia describen una serie de técnicas conductuales y cognitivas. Como técnicas cognitivas destacan particularmente: la identificación de los pensamientos automáticos, la individuación de las distorsiones cognitivas, la evaluación de la validez de las creencias y la identificación de las hipótesis de base.

En resumen podemos decir que el elemento común a todas las terapias cognitivas es la pretensión de reestructurar las formas de pensar de los pacientes, tanto sus creencias irracionales como sus modos erróneos de razonar. Para ello los terapeutas cognitivos asumen un rol activo y colaborativo con el paciente utilizando, de acuerdo con Dryden & Golden (1987), algunas de las siguientes técnicas de reestructuración cognitiva:

- 1.- la didáctica (a través de explicaciones o biblioterapia);
- 2.- el diálogo socrático, provocador de nuevos cuestionamientos;
- 3.- las experiencias correctivas, con tareas in vivo o en casa;
- 4.- el aprendizaje vicario, a través de modelos;
- 5.- el auto-análisis;
- 6.- la sustitución de autoafirmaciones inadaptadas por otras más adaptadas;
- 7.- el ensayo a través de imágenes y fantasías;
- 8.- la reestructuración del significado de los acontecimientos;
- 9.- el uso de metáforas, analogías y cuentos;
- 10.- la paradoja cognitiva, basada en la exageración;
- 11.- el entrenamiento de habilidades en la solución de problemas.

A pesar de toda esta parafernalia técnica, sin embargo, la terapia cognitiva, como cualquier otra, no obtiene sus frutos independientemente de las actitudes de terapeuta y paciente (Beck & Young, 1984), que pueden ser de colaboración o de oposición. Las terapias cognitivas pueden dar la impresión de estar centradas exclusivamente en la técnica y, sin embargo, la calidad de la relación personal en ellas es fundamental. Dryden y Ellis (1987) añaden que el terapeuta puede, inadvertidamente o no, fomentar ideas irracionales en el cliente respecto a la eficacia de la terapia o sustentar tales concepciones a propósito de sí mismo o de su trabajo.

Una buena relación terapéutica, con todo, no asegura por sí misma el éxito de la intervención terapéutica. Esta puede tropezar en su camino con el fenómeno de la resistencia. Desde el punto de vista cognitivo podemos decir que la resistencia se fija fundamentalmente en tres niveles: a) el de las ideas mismas; b) el de los sentimientos asociados; c) el de las habilidades apropiadas o requeridas.

En primer lugar, el paciente puede poner objeciones al cambio de sus creencias. Tales objeciones pueden ser resultado de una mayor habilidad dialéctica que la del terapeuta o pueden estar protegiendo la autoimagen del sujeto (Guidano, 1986), que constituye el núcleo central de los sistemas de mantenimien-

to de la autoestima de la persona. En tal caso hay que llevar el proceso del análisis hasta la matriz ideológica del sistema de creencias (Mahoney, 1982; Liotti, 1987).

Por otra parte, el paciente puede estar de acuerdo en que sus ideas son irracionales, pero mantener intacto el nivel de ansiedad que le impide afrontar las situaciones. Posiblemente se trata de temores que se hallan asociados a creencias o racionalizaciones que ocultan la naturaleza última de sus emociones. En tal caso habría que desenmascarar esta última e intentar confrontarla. Con frecuencia, dicen Beck y Young (1984), se progresa poco en terapia, porque terapeuta y cliente están ocupándose de problemas secundarios o tangenciales.

Finalmente, y a un nivel más elemental, puede suceder que el paciente carezca de las habilidades adecuadas para afrontar una situación. En esta caso es conveniente poner en marcha un programa de entrenamiento de habilidades prácticas o sociales de acuerdo a las necesidades presentes.

Procesamiento de información y autoorganización terapéutica

Como sucede siempre en la historia de la ciencia, los grandes descubrimientos marcan los esquemas mentales que permiten a los científicos interpretar la realidad material y espiritual de cada época. Así los trabajos de Newton impusieron el esquema de la máquina universal y consolidaron la física como el paradigma científico por excelencia. También los avances de la física, particularmente en su versión aplicada a la industria, marcaron profundamente la ciencia del siglo XIX. La biología y las ciencias naturales compitieron pronto con la física en su afán por señorear el ámbito científico. La psicología científica, nacida a finales del siglo XIX, es heredera de estas dos grandes ramas de la ciencia. El paradigma energético, proveniente de la física termodinámica, constituye la analogía cultural sobre la que se construyeron las llamadas psicologías dinámicas. La concepción evolutiva de Darwin, por otro lado, nacida para explicar el origen de las especies vivas, se convirtió en el punto de referencia del conductismo americano, el cual entiende el mantenimiento o la extinción de una conducta como el producto de una selección del ambiente.

Uno de los paradigmas predominantes a finales del siglo XX es el del procesamiento de la información. En consecuencia constituye el modelo de referencia para desarrollar una concepción de la psicoterapia en consonancia con el *Zeitgeist* de la época. El paradigma del procesamiento de la información, sin embargo, no ha nacido para dar cuenta de los fenómenos psicológicos, por lo que no puede tomarse literalmente, sino como una analogía más, adecuada a nuestro modo actual de pensar. Su finalidad es la de posibilitar el desarrollo de la inteligencia artificial y sus aplicaciones en informática y robótica. Basado en un tratamiento digital de la información —sea ésta numérica o verbal— no imita los sistemas de procesamiento en paralelo, propios del ser humano. En su lugar procede de forma serial. Su memoria tampoco trabaja de la misma forma. La memoria de un ordenador está constituida más bien por un almacén de dígitos, mientras que la

memoria humana trabaja fundamentalmente con significados y redes de asociaciones. La inteligencia artificial se basa en un serie de reglas rígidas de procedimiento, mientras que la humana admite la metáfora, la ironía y el doble sentido, además de la lógica formal. No poseen tampoco los ingenios artificiales por el momento, capacidad de aprender, aunque las investigaciones más actuales se orientan hacia la creación de ordenadores neurales (proyecto ANNIE), capaces de adquirir conocimiento y de autocorrección.

Los organismos humanos, en efecto, reciben información de muchas fuentes y a través de mensajes o señales de naturaleza muy distinta (física, química, simbólica) y la procesan a distintos niveles (fisiológico, motórico, sensorial, cognitivo) con el fin de mantener el organismo en una interacción selectiva con el medio (Johnston & Dark, 1986). A esta capacidad de auto-organización de los organismos vivos descrita por biólogos como Maturana y Varela (1987) se la ha denominado "autopoiesis", indicando con ello la tendencia de los organismos no sólo a mantener su estructura actual, sino a introducir aquellos cambios que permiten su adaptación y crecimiento.

Una teoría psicológica que quiera basarse en el modelo de procesamiento de la información deberá dar cuenta, pues, de la complejidad del sistema de procesamiento humano, el cual desarrolla una serie de operaciones a través de las cuales el cerebro se relaciona con los acontecimientos internos y externos, sus representaciones y sus significados en la memoria semántica para organizar sus respuestas conductuales (Neisser, 1976). Deberá explicar, además, cómo se construye genéticamente el sistema con sus estructuras y reglas de funcionamiento, y cómo alcanza a configurar modelos de representación del mundo.

No cabe duda de que el substrato material y funcional del sistema de procesamiento humano es el sistema nervioso (Koukkou, 1988). Este está compuesto de subsistemas que disfrutan de una cierta autonomía funcional dentro de una estructura altamente integrada. Ello significa que cada subsistema procesa la información a su manera, pero que ésta, a su vez, es compatible y complementaria con la del sistema entero, que goza de una capacidad de organización superior e integradora.

Según esto podemos distinguir diversos subsistemas a los que corresponden funciones de procesamiento y regulación propias. Estos a su vez, pueden considerarse en íntima relación con el proceso genético de construcción de los distintos estadios y operaciones cognitivas.

El primer subsistema sería el de regulación fisiológica y a él le corresponderían el procesamiento de las señales internas o externas de naturaleza física y química que informan sobre los estados del organismo. Opera fundamentalmente gracias a estructuras como el sistema nervioso autónomo, el hipotálamo y el sistema endocrino. Tiene como misión mantener las constantes homeostáticas del organismo y es susceptible de tratamientos químicos y físicos. Todos los trastornos psicológicos tienen sus correlatos fisiológicos y son, por ende, tratables con

Gráfica II

DESCRIPCIÓN FUNCIONAL Y GENÉTICO-CONSTRUCTIVA DE LOS SISTEMAS DE AUTO-ORGANIZACIÓN TERAPÉUTICA

Subsistemas del S. N.	Objetivo	Procesamiento	Estadios evolutivos	Tratamientos Terapéuticos
Regulación fisiológica	Homeostasis orgánica	Bioquímico	Constitución genética	- químicos - físicos - mecánicos
Regulación reflejo/motora	Adaptación al ambiente	Sensorial	Sensorio/motor	- relajación - condicionamiento reflejo y operante
Regulación conductual	Conducta orientada (planificada)	Empírico	Operaciones concretas	- orientación psico-pedagógica - desarrollo de habilidades - resolución de problemas
Regulación cognitiva	a) Sistema de creencias b) Criterios epistemológicos	a) Cognitivo b) Meta-cognitivo	Operaciones formales	a) terapias racionales b) terapias fenomenológicas

medios químicos (psicofármacos), físicos (electroshock) o mecánicos (cirugía).

Este tipo de procesamiento es totalmente automático y no es susceptible de tratamiento cognitivo, a no ser que sea objeto de detección instrumentalizada por medio de técnicas como el biofeedback, entre otras, capaces de detectar señales de naturaleza física o química y llevarlas al conocimiento controlado del sujeto a través de aparatos diseñados al efecto. A veces estas señales de naturaleza física o química producen epifenómenos —dolor o placer, por ejemplo— que son objeto de procesamiento sensorial. Pero en ese caso podemos considerarlos ya del segundo nivel.

Consideramos en el segundo nivel las informaciones de naturaleza física o química que producen, al ser captados por los órganos sensoriales correspondientes fenómenos de naturaleza sensorial como luz, sonidos, placer dolor, etc. que son codificados en forma de perceptos (imágenes, voces, ruidos, olores, sensaciones táctiles, cenestesis, etc.). Tales perceptos pueden ser objeto de procesamiento consciente o cognitivo en la medida en que cumplen funciones denotativas y/o evaluativas y en las que intervienen funciones cognitivas tales como la atención y la memoria, tanto episódica como semántica.

La percepción, que es ya en sí una función constructiva del Sistema Nervioso, viene regulada por subsistemas conectados al SNC. El sistema sensorial se halla en conexión igualmente con el sistema motórico, que está capacitado para responder adecuadamente a los estímulos, a fin de mantener la autorregulación del organismo y su adaptación al medio ambiente.

El desarrollo de estas operaciones de acomodación corresponde al estadio descrito por Piaget como sensorio-motor. El sistema de regulación sensorio-motor está en la base de las respuestas reflejas. Desde el punto de vista terapéutico constituye el fundamento para las terapias de desensibilización sistemática o de inhibición recíproca, que implican claramente funciones discriminantes y, por tanto, cognitivas. Si además conllevan un aprendizaje que permite al sujeto seleccionar y/o anticipar las conductas adaptativas, tenemos la base para las terapias de condicionamiento operante (Skinner, 1953).

Son posibles también otro tipo de intervenciones sensoriales como la relajación, el masaje, la cromoterapia, la musicoterapia o la meditación, que evitan cualquier interferencia cognitiva o pensamiento para centrarse en la regulación sensorio-motora del organismo. Tales técnicas, evidentemente, son compatibles con formas de tratamiento más complejas.

Desde el punto de vista genético-constructivo, aparte de su alto poder informativo sobre el ambiente, las funciones sensoriales constituyen el primer puente a través del cual se establecen las relaciones sociales, fundamentalmente con las figuras de apego (Bowlby, 1969). A través de sensaciones como el placer y el dolor, la calidez o la frialdad del tacto, el niño construye una primera representación de las relaciones humanas de afecto. En este sentido algunos autores (Sassaroli & Lorenzini, 1990) han hablado de la relación de apego, como una

relación de información. Las terapias cognitivas en general no la toman en cuenta, tal vez porque huele a psicoanalítica, y, excepción hecha de unos pocos autores como Guidano y Liotti (1983), además de los citados Sassaroli & Lorenzini, no han extraído apenas implicaciones prácticas para la terapia.

El carácter representacional que adquieren la mayoría de los perceptos sensoriales permite, como ya hemos dicho, hacerlos objeto de tratamientos cognitivos como la denotación y la evaluación, que revisten ya un cierto carácter proposicional. Se ha discutido mucho sobre si todas las imágenes mentales son reductibles proposicionalmente. Por ejemplo, Fodor & Pylyshyn (1988) sostienen que las representaciones mentales son reductibles a proposiciones. Otros, en cambio, defienden una autonomía para las imágenes mentales que las diferencia de las proposiciones (Roth & Kosslyn, 1988). Las imágenes serían como una réplica isomórfica del estímulo, mientras que las proposiciones se caracterizarían por una representación analítica y discreta del objeto. Existe la posibilidad de considerar la hipótesis mixta o la diferencial (Colom & Espinosa, 1990), es decir que, de acuerdo con la tarea, se utilice una estrategia más que otra, o que algunos sujetos se sirvan de una estrategia con preferencia sobre otra, según la mayor o menor capacidad de abstracción que hayan desarrollado.

Dejando de lado estas discusiones teórico-experimentales lo que nos interesa considerar es la serie de operaciones cognitivas que el córtex cerebral es capaz de hacer a partir de los datos sensoriales. Estas se mueven, inicialmente, a un nivel de pensamiento concreto. Las estructuras cognitivas implicadas son nuevamente la atención, la memoria semántica, episódica y de imágenes. A ellas hay que añadir ahora el sistema lingüístico —sus estructuras profundas—, que presentan un íntimo paralelismo con las funciones proposicionales cognitivas del pensamiento: denotación extensional e intensional, categorización, asociación, generalización, evaluación, etc. Operaciones más o menos simples que permiten a su vez el desarrollo de operaciones más complejas, tales como la conceptualización, el establecimiento de relaciones causales, espaciales o temporales, el razonamiento, la formación de ideas y creencias, etc. Con ello se pasa de una representación “mágica” —egocentrada— a una representación “realista” —heterocentrada—. Es el estadio cognitivo más susceptible de educación. El individuo humano tiene que sustituir su representación mágica o fantástica de la realidad, por otra más fundamentada en el conocimiento empírico. En esta destreza humana de contrastar empíricamente la realidad se apoya todo el conocimiento científico moderno del que es heredera la metáfora del “hombre como científico” sobre la que se han basado algunos terapeutas a los que nos hemos referido ya anteriormente.

Las intervenciones que tienen un valor terapéutico en este estadio son aquellas que aportan informaciones verídicas, desmontan creencias falsas o imaginarias, o desarrollan habilidades tanto cognitivas como prácticas o sociales. Así, una adecuada información puede deshacer creencias falsas como que la masturbación produce la tuberculosis o que todas las mujeres han de experimentar el

orgasmo vaginal. Esta es la base de muchas intervenciones psicopedagógicas como las de orientación profesional, sexológica o de planificación familiar, y muchas formas de terapia de pareja y de familia, basadas en la transmisión de información.

El desarrollo de las operaciones concretas del pensamiento puede aplicarse también al amplio campo de la resolución de problemas, donde resulta fundamental saber identificar los problemas, buscar alternativas, experimentarlas y evaluarlas en términos de balance de costos. Este es un campo donde han destacado muchos terapeutas cognitivo-conductuales, como ya hemos recordado anteriormente (Larson, 1984; Marshall & Kurtz, 1982).

Pero con frecuencia no basta la información ni el entrenamiento de habilidades para resolver los problemas psicológicos, dado que el sujeto parte de supuestos o creencias que no pueden ser validados ni invalidados empíricamente, sino que se basan en procesos de razonamiento erróneos. En este punto se interseccionan las operaciones concretas del pensamiento con las formales: no solamente una persona puede tener ideas o creencias equivocadas por falta de un conocimiento empírico de la realidad, sino que además tales creencias pueden haber sido deducidas erróneamente por fallos en el procedimiento lógico. No se trata por tanto sólo de ideas o creencias erróneas, sino también irracionales.

Las terapias que trabajan en esta zona utilizan no sólo las operaciones cognitivas concretas, sino también las formales. Ahí es donde actúan preferentemente las llamadas terapias cognitivas o "racionales" (Ellis, 1971, Beck, 1976, Meichenbaum, 1977). La característica fundamental de tales terapias es que no se limitan a transmitir al paciente una serie de conocimientos o informaciones, sino que ponen en juego sus habilidades y estrategias de razonamiento para llevar dialécticamente al propio sujeto a cambiar sus creencias o ideas, a construir un nuevo conocimiento.

Existen serias dudas, sin embargo, sobre si de este procedimiento sólo salen "tocados" los pensamientos o se produce también una alteración en el sistema de razonamiento lógico. Ya hemos dicho anteriormente que a nuestro juicio sólo cambian los contenidos y que está por demostrar que este tipo de intervenciones modifiquen las reglas del pensar o aumenten la capacidad epistemológica del sujeto. Si esto es así, el éxito de tales intervenciones se basa en la capacidad de convicción y en la habilidad dialéctica del terapeuta, lo que confirmaría la tesis de Frank (1973), repetidas veces expuesta, que presenta la terapia como un procedimiento retórico que basa su eficacia en el paradigma de la influencia social, lo que significaría que el sujeto cambia por efecto de la persuasión y la lógica implacable del terapeuta.

Se puede acceder, sin embargo, a un nivel más elevado de procesamiento formal, al que podríamos denominar metacognitivo. Este busca entender —no sólo usar— las reglas del pensamiento y comprender —no sólo conocer— el sentido de los fenómenos en su contexto, para poder escapar a la tiranía de la

realidad y a los límites de la lógica silogística. Este nivel de pensamiento pertenece igualmente al estadio de operaciones formales y se sustenta sobre la actividad del neocórtex, pero desarrolla operaciones más complejas que las que suponen los niveles anteriores.

Considera, en primer lugar, que la realidad no se reduce sólo al mundo físico o material, sino que para el ser humano consiste fundamentalmente en una serie de sistemas de construcción social. El sujeto humano vive inmerso en un mundo de significaciones y, en consecuencia, otorga a su mundo personal una significación correlativa al contexto en que se desarrolla su existencia. Sus creencias y sus acciones no se sustentan, por tanto, sólo sobre la base de una realidad racional, sino construida, de forma que descubre la multiversidad de construcciones personales y sociales, fundamento de otras tantas racionalidades.

La mayoría de sistemas terapéuticos no se dan cuenta de ello y confunden sus propias concepciones del mundo con la única representación posible de la realidad. La incidencia fundamental que tiene la *Weltanschauung* o representación del mundo sobre las propias creencias y acciones es el núcleo sobre el que se estructuran las terapias que algunos (Mahoney & Gabriel, 1987) han llamado "cognitivo-constructivistas" en oposición a las terapias "racionalistas", pero que con mayor propiedad podrían denominarse fenomenológicas, puesto que no sólo intentan cambiar un fenómeno conductual o cognitivo, sino comprender su significado o lógica estructural. Su procedimiento se basa en una tarea analítica de comprensión del sentido y utiliza la dialéctica no con fines retóricos sino interpretativos o comprensivos.

Entre las terapias comprensivas o fenomenológicas podemos citar el psicoanálisis desde Freud a Lacan, la Logoterapia de Frankl, la terapia familiar sistémica, la terapia de los constructos personales y el análisis existencial. Existen, sin embargo, diferencias importantes entre estos sistemas de psicoterapia que sólo esbozaremos brevemente.

Si bien todas tienen como tarea fundamental la comprensión del sentido difieren en el lugar donde lo sitúan. Para unos el sentido es trascendente al sujeto, es decir se halla fuera de su alcance consciente; mientras que para otros es inmanente al sujeto, dice relación directa a su experiencia. Entre los primeros podemos identificar al psicoanálisis que coloca el significado del síntoma en un nivel inconsciente, el cual goza de autonomía respecto al sujeto. En la terapia familiar sistémica el sentido se halla también fuera del sujeto, en su contexto inmediato, donde cumple una función complementaria y significativa, igualmente desconocida para la familia. Finalmente, la Logoterapia de Frankl, de acuerdo con su etimología, debería dar cuenta del sentido (*logos*) intrínseco o inmanente del fenómeno humano o psicopatológico. Pero no es así; para Frankl (1984) la búsqueda de sentido equivale a la búsqueda de dirección. El cambio se opera en una dirección trascendente, básicamente espiritual o religiosa.

La tarea de estas terapias se basa en último término en la interpretación del

terapeuta y, aunque trata de comprender el fenómeno, lo hace al margen de la intencionalidad del sujeto. Esta no debe confundirse con las intenciones específicas e inmediatas de cada acción en concreto, sino que debe entenderse en términos de posición en el mundo. La intencionalidad es el eje alrededor del cual se estructura el sentido del mundo personal o colectivo. Descubirla es una tarea hermenéutica (Frank, 1987). Entendida la acción humana en toda su complejidad no puede interpretarse sólo como un epifenómeno de otra cosa, sino que ella es el fenómeno propiamente dicho, que debe ser comprendido. La acción humana constituye por sí misma un discurso (Castilla del Pino, 1988), que debe ser fielmente captado en su estructura interna y en sus conexiones con la matriz ideológica que lo genera. Quemar las naves frente a las costas mexicanas puede ser entendido como un acto absurdo (racionalidad), instrumental (pragmatismo) o significativo (hermenéutica). Desde el punto de vista de la fenomenología no existen actos humanos que carezcan de intencionalidad. Incluso las acciones instrumentales están inscritas en un marco general de significado.

Las terapias que colocan su punto de mira en la comprensión del significado inherente a la estructura del mundo intencional del sujeto se sitúan a un nivel metacognitivo. Puesto que el sistema cognitivo posee una estructura jerárquicamente organizada los niveles de procesamiento superiores incluyen los niveles inferiores, como los descritos anteriormente, con los que es siempre compatible.

Su efecto terapéutico específico se basa en su capacidad para proponer construcciones alternativas de la experiencia o en el desarrollo de un pensamiento dialéctico que lleve al sujeto a la comprensión crítica del fundamento de su sistema de creencias y actitudes, o a descubrir, en términos kuhnianos, la matriz paradigmática que guía su curso de acción. Nos estamos refiriendo a los sistemas de psicoterapia que hemos mencionados anteriormente, la Terapia de Constructos Personales de Kelly (1955) y el Análisis Existencial (Villegas, 1981). No incluimos en este apartado las terapias humanistas, porque en general se basan en la comprensión empática o emocional del sujeto, no en la de la lógica estructural de su mundo (Villegas, 1989).

Algunas reflexiones y comentarios finales

Durante la década de los setenta y ochenta las terapias cognitivas han experimentado un auge y aceptación crecientes, tanto en el ámbito científico como social. Algunos autores (Dobson, 1988) llegan a identificar hasta 22 tipos diferentes de terapias cognitivas con sus propias conceptualizaciones y técnicas de intervención. Aunque es difícil determinar qué tienen en común todas estas terapias que justifique su denominación como cognitivas, se puede estar al menos de acuerdo en dos supuestos básicos: 1) que las cogniciones (pensamientos, creencias, esquemas, etc.) median nuestros sentimientos y acciones, no a la inversa; 2) que la intervención cognitiva se lleva a cabo modificando las creencias erróneas o desarrollando habilidades compensatorias de enfrentamiento a los

problemas (Barber & DeRubeis, 1989). Tales supuestos se hallan implícitos en la definición genérica que Beck (1970) hace de las terapias cognitivas como “cualquier técnica cuyo objetivo fundamental sea el cambio de los patrones erróneos de pensamiento”.

Las llamadas terapias cognitivas carecen, sin embargo, de un marco teórico de referencia sólido, tanto en el campo de la filosofía como en el de la psicología (Brewin, 1989). Sus referentes conceptuales filosóficos son el estoicismo (una doctrina moral) y la sofística (un método retórico o dialéctico). Desde el punto de vista psicológico el panorama no es mucho más halagüeño, puesto que en la mayoría de casos su desarrollo no consiste en otra cosa que en versiones mediacionales de terapias conductuales preexistentes (Beidel & Turner, 1986; Eysenck, 1987). Parece, pues, que no se puede hablar en psicoterapia de una “revolución cognitiva” en términos kuhnianos, sino más bien de una evolución estimulada por los nuevos aires cognitivos que soplan en psicología, pero hasta cierto punto presentes ya en el trabajo seminal de psicólogos del aprendizaje social, como Bandura (Zimmerman, 1981) y teóricos de la psicología social, como Kelley (Otto, 1984).

Las terapias cognitivas están concebidas, mayormente, como terapias breves (Bedrosian & Beck, 1980), orientadas a la remisión de los síntomas depresivos y de ansiedad. Han demostrado una eficacia más o menos igual que las demás terapias (Teasdale, 1985; Barber & DeRubeis, 1989), por lo que no constituyen un modelo de sustitución de otros tipos de terapia. Tampoco éstas han entrado en una crisis paradigmática, que les impulse a echarse en brazos de la terapia cognitiva. La prueba está en que en su procedimiento todas las terapias encuentran componentes cognitivos, (Beck & Mahoney, 1979); es decir, que afirman que las terapias cognitivas no les aportan nada nuevo, que no estuviera implícito en sus planteamientos. La única diferencia para muchos de ellos radica en que la terapia cognitiva focaliza las intervenciones y explica los cambios en clave precisamente cognitiva, mientras que los otros modelos no lo hacen así (Beck, 1985).

Un mérito importante, sin embargo, de las terapias cognitivas lo constituye el haber sintonizado con la psicología del momento y el haber puesto de nuevo la atención sobre los contenidos de la conciencia, algo que en otra época hubiera sido considerado totalmente tabú en psicología. Algo para lo que, como dice Ibáñez (1988), fue necesario un corte epistemológico con el modelo científico natural, que permitiera plantearse los problemas de la psicología en clave de ciencia social. De este corte sale fortalecido el sujeto quien deja de ser un robot (Perris, 1988), para pasar a ser un agente, el piloto (ciberneta) de su nave, como diría Platón. En este sentido las terapias cognitivas facilitan el acercamiento entre los modelos empíricos, como el conductista, y los fenomenológicos como el psicoanalítico y el humanista (Ryle, 1984). Sin embargo no se opera con ello automáticamente la integración en psicoterapia. Queda por resolver, en efecto la construcción de un modelo teórico que permita integrar la actividad psicoterapéutica en cuanto tal

(Villegas, 1990).

Un modelo de este tipo podría desarrollarse, tal vez, si se tomara en serio el paradigma de “procesamiento de la información” en toda su complejidad, aplicado a los sistemas de construcción de la realidad específicamente humana. En el ser humano, además, la información no existe al margen del contexto más amplio de la comunicación; y ésta implica el lenguaje, la transmisión cultural y la interacción social. Ya hemos apuntado en el apartado anterior algunas implicaciones estrictamente psicológicas del modelo de procesamiento de la información en psicoterapia. No vamos a repetir las ahora; pero quedaría mucho por decir de la importancia de la construcción social de la realidad y de la manera cómo ésta es integrada cognitivamente en los sistemas de procesamiento humano. Este es un tema, sin embargo, que merece una reflexión aparte.

Nos quedan todavía por hacer una serie de comentarios puntuales a las terapias cognitivas, tal como se han desarrollado. El primero es relativo a la distinción entre procesos y contenidos. Ya hemos observado anteriormente que la terapia cognitiva no ha tenido éxito en identificar los procesos patológicos y menos en tratarlos independientemente del contenido. Por ejemplo la automaticidad del pensamiento, la atención selectiva, las autorreferencias, etc. son fenómenos que se hallan indistintamente en las personas sanas y en las que padecen algún tipo de psicopatología diagnosticada. Si operaciones cognitivas como la sobregeneralización, la rigidez constructiva o la utilización de esquemas fuesen mecanismos patológicos, entonces habría que diagnosticar como tales a muchas personas que pasan por sanas y cuerdas. Estas características hacen difícil el cambio, pero no constituyen la patología. También el terapeuta presenta pensamientos automáticos, reconoce Beck (cfr. Weishaar & Beck, 1987) y en la discusión puede llegar a mostrarse autocentrado, rígido, dogmático y en muchas ocasiones irracional. La intensidad con que tales estrategias cognitivas se manifiestan en un depresivo, en un fóbico o en un obsesivo, no es más que producto de las circunstancias estresantes en que se halla.

Estamos convencidos de que una secuela colateral deseable de cualquier tipo de terapia debería ser el acrecentamiento de la complejidad cognitiva, el aumento de autoconciencia e incluso el descubrimiento de las reglas de transformación (metaconciencia) cognitiva, fenómenos que aunque no tuvieran una incidencia terapéutica inmediata, ayudarían en muchos casos, aunque no siempre, a manejar las situaciones generadoras de estrés, ansiedad o, simplemente, a enfrentar los problemas de la vida.

Sin embargo, éste no suele constituir el objetivo explícito de las terapias cognitivas, a no ser que tengan un planteamiento claramente epistemológico (Joyce-Moniz, 1985). Por lo general todas las terapias cognitivas se orientan, como hemos tenido ocasión de comentar reiteradamente, hacia el contenido. Por ello son preferentemente modelos racionales o pedagógicos de intervención, dado que intentan modificar los pensamientos, cambiar las ideas erróneas o enseñar

habilidades compensatorias. Admitiendo diferencias de estilo más o menos directivas o colaborativas, se encuadran todas ellas, desde el punto de vista de la interacción social, en un modelo de tipo médico-instructivo. No es extraño, pues, que Frank las pueda considerar desde la perspectiva del paradigma de “la influencia social”. El psicoterapeuta es quien puede discriminar las ideas erróneas y las creencias irracionales, de las que no lo son. Se trata de un modelo de intervención en que un paciente consulta a un experto.

Es cierto que en muchas ocasiones basta una información para resolver una problemática, pero ésta es una labor caritativa que ya está contemplada en las obras de misericordia. Enseñar al que no sabe, desde el punto de vista profesional, no es una tarea exclusiva del psicoterapeuta, aunque nada impide que él la pueda llevar a cabo, puesto que la puede compartir con el maestro, el pedagogo, el sexólogo, el abogado o el asistente social, etc. Desarrollar las estrategias cognitivas, mejorar los procesos de atención y memorización, aprender a argumentar eficazmente son todas tareas pedagógicas, que pueden trabajarse en el marco del contexto psicoterapéutico, pero que tampoco son exclusivas de él.

La labor psicoterapéutica, sin duda, integra todos estos niveles de intervención, pero no consiste específicamente en ellos. Ya hemos expuesto en el análisis que hemos hecho de las implicaciones del modelo de procesamiento de la información para la práctica de la psicoterapia, cuál es a nuestro juicio el nivel de intervención específicamente psicoterapéutica. No vamos a repetir aquí cuanto hemos dicho más arriba. Sólo queremos recordar que para que este nivel integre a todos los demás debe situarse en un ámbito superior, lo que equivale a decir que entendemos la intervención psicoterapéutica como un trabajo fundamentalmente hermenéutico.

Ahora bien, con frecuencia el psicólogo que trabaja en el campo de la psicoterapia se ve solicitado a responder a problemáticas que se mueven en un nivel de planteamiento más básico y no tiene por qué oponerse a su tratamiento, aunque no pueda desarrollar una tarea tan integradora, posiblemente porque no le interese ni al mismo paciente, que tiende a evitar profundizar en su autoconocimiento, a no ser que se demuestre que ello es absolutamente necesario o lo busque expresamente (Guidano, 1990). Por otra parte, la psicoterapia es una labor compleja que integra todos los niveles de organización de la persona humana y, aunque su razón última de ser esté situada en aquella zona que es exclusiva del psicoterapeuta, no hay que olvidar que la reestructuración o el cambio personal no se produce si éste no repercute en todos los niveles de procesamiento, desde los simbólicos a los orgánicos, operativos y conductuales.

Una terapia exitosa, pues, debe implicar un cambio en el ámbito de la auto-comprensión, a la vez que posibilitar las actuaciones coherentes con este cambio, si es necesario a través del desarrollo de estrategias cognitivas específicas y del aprendizaje de habilidades de enfrentamiento. En un modelo procesual de intervención psicoterapéutica las tareas propiamente discriminativas pertenecen a la

etapa inicial de exploración, mientras que el aprendizaje de estrategias pertenece al estadio final de resolución. La labor propiamente hermenéutica estaría reservada a la etapa central, llamada de comprensión. Por el momento, baste decir, como comentario final, que las llamadas terapias cognitivas parecen haberse centrado particularmente en la primera y en la última, a saber, en el análisis de los contenidos (discriminación, reformulación, etc.) o en el desarrollo de habilidades y estrategias, tanto cognitivas, como sociales y de actuación, y que sus hallazgos pueden ser de gran utilidad si se saben integrar.

El cambio cognitivo constituye una meta para la totalidad de las terapias cognitivas. No queda claro, sin embargo, si éste afecta solamente a los contenidos o también a los procesos. La mayoría de las terapias cognitivas centran su atención en la modificación de los contenidos (creencias irracionales), dado que tales terapias no se han originado de las teorías del procesamiento de la información, sino que derivan de la modificación de conducta o del psicoanálisis. El artículo examina estas circunstancias y propone una revisión del concepto de cambio cognitivo en base al modelo general del procesamiento de la información y del análisis de los diversos estadios de desarrollo epistemológico.

Referencias Bibliográficas

- ANTAKI, C. & BREWIN, C.R. (1982). *Attributions and psychological change: Applications of attributional theories to clinical and educational practice*. London: Academic Press.
- ARNOLD, M.B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.
- BANDURA, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1977b) *Social learning theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- BARBER, J.P. & DeRUBEIS, R.J. (1989). On second thought: where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 441-457.
- BECK, A.T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 8, 324-333.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, P.A.: University of Pennsylvania Press.
- BECK, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression. New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
- BECK, A.T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis and pharmacotherapy. A cognitive continuum. In Mahoney, M.J. & Freeman, A. (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- BECK, A.T. & GREENBERG, R.L. (1984). Cognitive therapy in the treatment of depression. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- BECK, A.T. & MAHONEY, M.J. (1979). Schools of thought. *American Psychologist*, 34, 93-98.
- BECK, A.T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T., RUSH, A.J. SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley.
- BECK, A.T. & YOUNG, J.E. (1984). Cognitive therapy of depression. In D. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.

- BEDROSIAN, R.C. & BECK, A.T. (1980). Principles of cognitive therapy. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- BIEBER, I. (1980). *Cognitive psychoanalysis*. New York: Aronson.
- BEIDEL, D.C. & TURNER, S.M. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- BLACKBURN, I.N. & BISHOP, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 143, 609-617.
- BOWLBY, J. (1969). Attachment and loss (Vol. 1). *Attachment*. New York: Basic Books.
- BREWIN, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 3, 379-394
- BURKE, K. (1969). *A rhetoric of motives*. Berkeley: University of California Press.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1988). Tipología de los discursos y su utilización en psico(pato)logía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 181-195.
- CAUTELA, J.R. (1970). Covert reinforcement. *Behavior Therapy*, 1, 33-50.
- COLOM, R. & ESPINOSA, M.J. (1990). Las representaciones mentales: ¿el lenguaje del pensamiento, los lenguajes del pensamiento o los "lenguajes de los pensamientos"? *Anuario de Psicología*, 45, 7-21.
- DOBSON, K.S. (1988b). The present and the future of the cognitive-behavioral therapies. In K.S. DOBSON (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- DRYDEN, W. & ELLIS, A. (1987). Rational-emotive therapy (RET). In W. Dryden & W.L. Golden (eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- DRYDEN, W. & GOLDEN, W. (1987). *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper and Row.
- D'ZURILLA, T.J. & GOLDFRIED, M.R. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- EDERLYI, M.H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's Cognitive Psychology*. New York: Freeman.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart
- ELLIS, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- ELLIS, A. (1979). The theory of rational emotive therapy. In A. Ellis & J. Whiteley (eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- ELLIS, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.
- EPSTEIN, N. (1983). Cognitive therapy with couples. In A. Freeman (ed.), *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum
- EYSENCK, H.J. (1987). Behavior therapy and neurosis. In H.J. Eysenck & I. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum.
- FEIXAS, G. (1990). Las terapias cognitivas: Introducción histórica y perspectivas actuales. *Revista de Psicoterapia*, 2/3,
- FODOR, J. (1980). *Representations*. Vermont: Bradford Books.
- FODOR, J. & PYLYSHYN, Z. (1988). Connectionism and cognitive architecture: A critical analysis. *Cognition*, 28, 3-71.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- FRANK, J.D. (1980). Aristotle as psychotherapist. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- FRANK, J.D. (1987). Psychotherapy, rhetoric and hermeneutics implications for practice and research. *Psychotherapy*, 3, 293-302.
- FRANKL, V.E. (1984). *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.
- GARDFIELD, S.L. (1980). *Psychotherapy: an eclectic approach*. New York: Wiley.
- GILL, M.M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior, and behavior therapies compared. In H. Arkowitz & S.B. Messer (eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: is integration possible?* New York: Plenum Press.
- GLASER, S.R. (1980). Rethoric and psychotherapy. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- GOLDFRIED, M.R. (1979). Anxiety-reduction through cognitive-behavioral intervention. In P.C. Kendall, S.D. Hollon (eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- GOLDFRIED, M.R. (1980). Psychotherapy as coping skills training. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum.
- GOLDFRIED, M.R. (1982). Cognition and experience. In M.R. Goldfried (ed.), *Converging themes in psychotherapy*. New York, Springer.

- GUIDANO, V. F. (1986). The self as mediator of cognitive change in psychotherapy. In L.M. Hartamn & K.R. Blankstein (Eds.), *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- GUIDANO, V.F. (1990). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Pergamon.
- HAVENS, L.L. (1974). The existential use of the self. *American Journal of Psychiatry*, 111, 826-831.
- HOFFMAN, N. (1984). Cognitive therapy: Introduction to the subject. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- IBAÑEZ, E. (1988). Prólogo a la edición española. En M. J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- IBERG, J.R. (1990). Ms. C's focusing and cognitive functions. In Lietaer, G., Rombauts, J. & Van Balen, R. (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- INGRAM, R.E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 443-478.
- INGRAM, R. (Ed.) (1986). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic.
- INGRAM, R.E. & HOLLON, S.D. (1986). Cognitive therapy of depression from an information processing perspective. In R.E. Ingram (ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. New York: Academic Press.
- INGRAM, R.E., SMITH, T.W. & BREHM, S.S. (1983). Depression and information processing: self-schemata and the encoding of self-referent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 412-420.
- IVEY, A.E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- JOHNSTON, W.A. & DARK, V.J. (1986). Selective attention. *Annual Review of Psychology*, 37, 43-76.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985). Epistemological therapy and constructivism. In M.J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs. (Vols. 1 & 2)*. New York: Norton.
- KENDALL, P.C. & HOLLON, S.D. (1979). Cognitive-behavioral interventions: Overview and current status. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. Orlando, FL: Academic Press.
- KÖNIG, F. (1984). Problem solving and cognitive therapy. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- KOUKKOU, M. (1988). A psychophysiological information-processing model of cognitive dysfunction and cognitive treatment in depression. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin, Springer-Verlag.
- LANDFIELD, A.W. (1980). A theory to be elaborated. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- LARSON, D. (1984). *Teaching psychological skills: Models for giving psychology away*. Monterey, California: Brooks/Cole.
- LAZARUS, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R. & OPTON, E.M. (1970). Towards a cognitive theory of emotion. In M. Arnold (ed.), *Feelings and emotions*. New York: Academic Press.
- LIOTTI, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: a counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 87-104.
- LURIA, A. (1961). *The role of the speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- MAHONEY, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press.
- MAHONEY, M. J. (1982). Psychotherapy and human change processes. In J.H. Harvey & M.M. Parks (eds.), *The master lecture series: Vol. 1, Psychotherapy research and behavior change*. Washington, DC American Psychological Association
- MAHONEY, M.J. & GABRIEL T.J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*: 1, 39-59.
- MARSHALL, E. KURTZ, P. & Associates. (1982). *Interpersonal helping skills: A guide to training methods, programs, and resources*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of understanding*. Boston, MA: New Science Library.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.

- MISCHEL, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- NASBY, W. & KIHLSSTROM, J.F. (1986). Cognitive assessment of personality and psychopathology. In R.E. Ingram (ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. New York: Academic Press.
- NEIMEYER, R.A. (1987). Personal construct therapy. In W. Dryden & W.L. Golden (eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- NEISSER, U. (1976). *Cognition and reality: principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman.
- NEISSER, U. (1980). Three cognitive psychologies and their implications. In M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum Press.
- OTTO, J. (1984). The problem of attribution and cognitive therapy. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- PERRIS, C. (1988). The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other psychotherapies. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- PLUTCHIK, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- ROGERS, C.R. (1956). Intellectualized psychotherapy: the psychology of personal constructs. *Contemporary Psychology*, 1, 357-358.
- ROTH, A. & KOSSLYN, S.M. (1988). Construction of the third dimension in mental imagery. *Cognitive Psychology*, 20, 344-361.
- ROTTER, J.B., CHANCE, J.F. & PHARES, E.J. (1972). *Applications of social learning theory of personality*. New York: Holt Rineheart & Winston Inc.
- RUDY, T.E. & MERLUZZI T.V. (1984). *Recovering social cognitive schemata: task effects and level of social skill*. Unpublished manuscript. University of Notre Dame, IN.
- RUIZ-VARGAS, J.M. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- RYLE, A. (1982). *Psychotherapy: a cognitive integration of theory and practice*. London: Academic Press.
- RYLE, A. (1984). How can we compare psychotherapies? Why are they all effective?. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 261-264.
- SAFRAN, J. (1981). Assessing the cognitive interpersonal cycle. *Cognitive Therapy Research*, 8, 333-347.
- SARASON, I.G. (1982). Three lacunae of cognitive therapy. In S.L. Goldfried (ed.), *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. New York: Wiley.
- SASSAROLI S. & LORENZINI, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia* 2/3,
- SEMNER, N. & FRESE, M. (1984). Implications of action theory for cognitive therapy. In N. Hoffman (ed.), *Foundations of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- SKINNER, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- SPIVACK, G., PLATT, J. & SHURE, M. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- TEASDALE, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work?. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 157-165.
- TOUKMANIAN, S.G. (1990). A schema-based information processing perspective on client change in experiential psychotherapy. In G. Lietaer, J. Roumbauts & R. Van Balen (eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- TOUS, J.M. (1989). Antecedentes, naturaleza y desarrollo de la terapia cognitivo-social. *Boletín de Psicología*, 23, 17-47.
- VEGA, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- VILLEGAS, M. (1981). *La Psicoterapia Existencial*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- VILLEGAS, M. (1989). La empatía condición necesaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, 65-73.
- VILLEGAS, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25.
- VILLEGAS, M. & FEIXAS, G. (1989). Un marco conceptual para la psicología de los constructos personales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 5-17.
- VYGOTSKY, L.S. (1962). *Thought and language*. Cambridge: M.I.T. Press.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. New York: Basic Books.

- WACHTEL, P.L. (1987). *Action and Insight*. New York: Guildford Press
- WEGMAN, C. (1985). *Psychoanalysis and cognitive psychology*. Orlando: Academic Press.
- WEISHAAR, M.E. & BECK, A.T. (1987). Cognitive therapy. In W. Dryden & W.L. Golden. (eds.), *Cognitive behavioural approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- WESLER, R.L. (1987). Conceptualizing cognitions in the cognitive-behavioural therapies. In W. Dryden & W.L. Golden (eds.), *Cognitive behavioural approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere P.C.
- WOLPE, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.
- ZIMMERMAN, B.J. (1981). Social learning theory and cognitive constructivism. In I.E. Siegel, D.M. Brodzinsky & R.M. Golinkoff (eds.), *New directions in piagetian theory and practice*. Hillsdale: N.J. LEA.
- ZIMRING, F. (1990) Cognitive processes as a cause of psychotherapeutic change: Self-initiated processes. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.



TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Francesc J. Maestre Lorén
Universitat de Barcelona

*The cognitive therapy of depression (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) is set up by a **cognitive model**, i.e., the theoretical form as depression is thought, and **cognitive-behavioral methods of change**, i.e., the form as modifications could be developed in the depressive state. Basically, the present paper revises two aspects of the cognitive therapy of depression: (1) the cognitive-clinical constructs of the cognitive model, which will be integrated into the broader perspective of the information processing model; and (2) the therapeutic change, from the perspectives of therapy's effectivity and change's nature and possibilities.*

1. INTRODUCCION

Desde hace ya casi tres décadas Beck viene insistiendo en la necesidad de fijar la atención sobre las características cognitivas de la depresión. Según sus observaciones los depresivos presentan un pensamiento negativamente sesgado (Weishaar & Beck, 1985). La depresión, concebida hasta entonces como un "trastorno del humor o desorden afectivo", comienza a considerarse como un "trastorno del pensamiento". Aunque no pretendía determinar las primeras causas, Beck creía que el pensamiento influía en el afecto y, por lo tanto, la modificación del primero había de generar cambios en el segundo. Sobre estas ideas se elaboró un sistema de terapia aplicable a la depresión. Si bien debe reconocerse que el status actual de la terapia cognitiva no es el mismo que el de entonces, debido, entre otras razones, al desarrollo de los conocimientos en este área, y a las modificaciones del modelo como resultado de su aplicación a otros trastornos, sin embargo debe concedérsele haber realizado una aportación decisiva en la forma de comprender y tratar la depresión, que derivó en un sistema terapéutico alternativo a los existentes (Marzillier, 1986; Perris, 1988).

La afirmación de que el pensamiento influye en el afecto podemos entenderla como el resultado de factores diferentes pero interrelacionados. Según Widlöcher (1985), estos factores son por una parte, **un acontecimiento externo**, de cualidades estresantes, cuyos efectos dependen de las características personales, y que la mayoría de los sujetos están de acuerdo en considerarlo perjudicial; en segundo lugar, por el **significado vivencial**, es decir, la realidad subjetiva del individuo: la manera cómo vive una situación bajo la influencia de acontecimientos estresantes.

La vivencia de un acontecimiento externo o interno depende de la interpretación que se hace de él. En el contexto de la terapia cognitiva, se asume que las interpretaciones incorrectas pueden afectar el funcionamiento personal y social de la persona, generando sentimientos de desesperanza y sufrimiento. Las maneras peculiares de entender la realidad parten de un conjunto de creencias erróneas, que lo son por las consecuencias personales implicadas en su uso y no por la proximidad o la lejanía en que se encuentren de una verdad inmanente. De este modo, las creencias erróneas incluidas en los listados que se han elaborado (Beck, 1963 y Ellis, 1962, citados por Arnkoff & Glass, 1982; Raimy, 1985) tienen en común su manifiesta irracionalidad; es decir, son creencias muy abstractas, innegociables y recurrentes. En este sentido, al inicio del trabajo terapéutico se intentará articularlas en formas más concretas y con más posibilidades de adaptación.

Por último vamos a caracterizar la terapia cognitiva según los niveles propuestos por Feixas y Villegas (1990):

a) El nivel metateórico o epistemológico viene representado por una epistemología objetivista, aunque se considera que el hombre influye sobre el medio en una especie de causalidad recíproca.

b) El nivel teórico lo constituye el modelo cognitivo de la depresión. Fundamentalmente, considera que los pensamientos irracionales son la causa de la psicopatología y que los errores lógicos impiden captar la realidad tal como es.

c) El nivel clínico. De acuerdo con Mahoney y Gabriel (1987), la terapia cognitiva considera que los problemas se conceptualizan como disfunciones que deben corregirse y controlarse con la ayuda del terapeuta, cuya tarea consiste en guiar el descubrimiento de esos pensamientos y cuestionarlos.

d) El nivel estratégico. Podríamos denominar la estrategia básica de las terapias cognitivas como "empiricismo colaborativo". En el contexto de la relación terapéutica, las intervenciones del terapeuta, así como las creencias del paciente se consideran hipótesis que se han de confirmar. Para hacerlo, el paciente debe realizar "experimentos", que le permitan poner a prueba tales hipótesis.

Otra estrategia es el diálogo socrático; el terapeuta estimula el pensamiento del cliente mediante preguntas y con el fin de que elabore conclusiones personales en relación al tema que estuvieran trabajando.

e) El nivel técnico. Hay dos grandes modalidades técnicas: cognitivas y conductuales.

A continuación analizaremos el modelo cognitivo de la depresión, inscribiéndolo en el marco amplio e integrador del procesamiento de la información, y la estructura formal de la terapia cognitiva, siguiendo la formulación de Beck, Rush, Shaw & Emery (1979).

2. VISION SISTEMATICA DE LA TERAPIA COGNITIVA

2.1. Modelo cognitivo.

La piedra angular del planteamiento de Beck et al. (1979) es la consideración de que los pacientes deprimidos muestran un patrón de pensamiento negativo en su interpretación de la realidad (Beck & Greenberg, 1984). Los trastornos emocionales son una consecuencia de las atribuciones de significado idiosincrásico. Así, la depresión, como otras formas de patología, sería el resultado de distorsiones cognitivas o sesgos en el procesamiento de la información. De acuerdo con la taxonomía propuesta por Ingram & Hollon (1986) analizaremos los constructos clínico-cognitivos más relevantes del modelo de Beck, distinguiendo entre estructuras, proposiciones, operaciones y productos cognitivos.

2.1.1. Estructura cognitiva y proposiciones cognitivas.

La estructura cognitiva está configurada por una matriz de esquemas con la misma estructura, pero con diferente contenido y grado de complejidad (Winfrey & Goldfried, 1986). Un "esquema" es la unidad básica del conocimiento y dirige la búsqueda de información.

Para Beck et al. (1979), los esquemas constituyen el contexto cognitivo desde el que se transforman los hechos en cogniciones (definidas como un contenido verbal o gráfico) y desde el que se otorga significado a lo que sucede a nuestro alrededor. Solemos estructurar la realidad de forma recurrente, es decir, utilizando los mismos esquemas cognitivos; lo cual explicaría por qué se mantienen actitudes que son contraproducentes.

Al contenido de los esquemas, Ingram & Hollon (1986) lo denomina "proposiciones". Son suposiciones, actitudes, creencias organizadas en forma de patrones cognitivos. Beck et al. (1979) llama supuestos depresogénicos a los elementos que constituyen los esquemas depresivos.

Considera que el depresivo está sometido a unos supuestos rígidos e innegociables, responsables de aquello que quieren evitar, "al predecir las consecuencias, también hacen que se cumplan" (Beck et al. 1979). Sobre estas premisas se elaboran las conclusiones que el sujeto depresivo manifiesta en forma de cogniciones.

En términos generales, en la depresión, el sujeto tiene activados unos esquemas depresogénicos idiosincrásicos, desadaptados, desviados de la realidad, rígidos y extremos, implícitos, inarticulados y no examinados. Estos esquemas que pudieron cumplir alguna función en el pasado, se generan en la infancia como consecuencia de experiencias infelices o en la edad adulta debido a crisis personales o acontecimientos estresantes.

2.1.2. Operaciones cognitivas.

Las operaciones cognitivas son procesos de relación entre los componentes del sistema que participan en el procesamiento de la información (Ingram, 1986).

El equivalente en el modelo cognitivo son los errores cognitivos, “(son) errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la evidencia contraria” (Beck et al. , 1979). También reciben el nombre de distorsiones cognitivas. Se han identificado seis:

- Inferencia arbitraria: sacar una conclusión sin que haya evidencia suficiente para hacerlo.
- Abstracción selectiva: conceptualizar toda una situación a partir de un detalle de la misma.
- Generalización excesiva: hacer extensiva una conclusión a muchas situaciones a partir de uno o de varios hechos aislados.
- Maximización y minimización: en la evaluación de una situación.
- Personalización: atribuirse lo que ocurre, sin que haya razones para ello.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia a clasificar las experiencias según una o dos categorías opuestas, ejemplo: santo o pecador. El depresivo selecciona las categorías del extremo negativo.

Estas distorsiones cognitivas, que son consistentes con los esquemas depresogénicos de los que surgen, producen dos efectos: validan las creencias depresogénicas, que funcionan como profecías autocumplidoras, y refuerzan esos esquemas como el centro de la organización cognitiva a expensas de otros más adaptativos. Además, son muy difíciles de modificar, ya que se producen sin un planteamiento consciente.

Este tipo de pensamiento influye en el mantenimiento de la depresión, mediante un feedback entre la visión negativa generalizada, del sí mismo, el mundo y el futuro, y el estado de humor depresivo.

2.1.3. Productos cognitivos.

Ingram & Hollon (1986) define los productos cognitivos como pensamientos o cogniciones resultantes de la interacción de la información, las estructuras cognitivas, las proposiciones y las operaciones. En el contexto del modelo cognitivo de la depresión, la interacción entre la información, la matriz de esquemas depresogénicos, los supuestos o creencias irracionales y las distorsiones cognitivas dan lugar a cogniciones negativas respecto del sí mismo, del mundo y del futuro.

El conjunto de las cogniciones negativas se denomina tríada cognitiva, compuesta por una triple visión negativa respecto a sí mismo, el mundo y el futuro. Siguiendo a Weishaar & Beck (1985), la visión negativa de sí mismo, lleva al depresivo a considerarse inadecuado y sin las cualidades necesarias para la autoestima y la felicidad; la visión negativa del mundo se refiere a la percepción de que le hacen demandas exageradas, de que hay obstáculos insalvables para conseguir sus objetivos y de que no recibe ninguna gratificación; y la visión negativa del futuro se refiere a la convicción de que los problemas actuales

permanecerán, e incluso se agravarán indefinidamente, todo lo cual puede provocar una desesperación inductora de suicidio.

Estas cogniciones serían en gran medida conscientes, ya que son la conclusión resultante de aplicar las suposiciones depresogénicas (que tienen una estructura formal lógica del tipo sí...entonces) a una situación particular. El análisis y registro de estos pensamientos negativos que preceden a la sintomatología es el punto de partida de la terapia cognitiva, cuando el trastorno depresivo es moderado.

Sin embargo, lo importante no es la frecuencia de los pensamientos positivos o negativos, sino el significado que tienen para la persona (Arnkoff & Glass, 1982). Es decir, no sería el significado literal de las cogniciones el responsable de las depresiones sino el valor implícito que tienen para la persona (Marzillier, 1986). Además, lo negativo no tiene la misma influencia que lo positivo, por lo que “ayudar a un cliente a ser más consciente de un cambio en sus patrones de pensamiento negativo puede ser más importante que incrementar el número de pensamientos positivos” (Arnkoff & Glass, 1982).

Hasta ahora, hemos estudiado los conceptos clave del modelo cognitivo formulado por Beck para explicar el sustrato de la depresión: esquema, error cognitivo y tríada cognitiva. Su adscripción a los diferentes componentes cognitivos que constituyen la cognición, según la propuesta de Ingram & Hollon (1986), intenta mostrar que pertenecen a niveles de análisis diferentes, que están vinculados entre sí de forma recíproca y que su conceptualización (el modelo cognitivo) es compatible con un planteamiento actual de la cognición.

2.2. Estructura formal de la terapia cognitiva.

Siguiendo a Beck et al. (1979) repasaremos los aspectos formales que deben tenerse en cuenta en toda terapia cognitiva.

a) Preparación del cliente para la terapia. Se trata de establecer en primer lugar una colaboración activa entre paciente y terapeuta. Para ello es necesario hacer el tratamiento creíble y comprensible. Así, normalmente durante las dos primeras sesiones, se explica el modelo cognitivo, incidiendo especialmente en la comprensión de la cognición y su relación con los sentimientos. La respuesta temprana del paciente a esta nueva forma de entender sus síntomas depresivos parece ser importante en el éxito terapéutico.

b) Fluctuaciones en la intensidad de los síntomas. Recaídas.

El paciente debe ser informado en las primeras sesiones que el curso de la depresión no es lineal, sino que conlleva altibajos. Pero además, que esas recaídas, inevitables, serán beneficiosas para progresar en el tratamiento, pues son una oportunidad de utilizar lo que ha aprendido en terapia.

c) Formulación de un plan para cada sesión. “Los principales objetivos de la terapia cognitiva son 1) eliminar los síntomas del síndrome depresivo y 2) prevenir las recaídas. Estos objetivos se consiguen entrenando al paciente, en primer lugar,

a identificar y modificar los pensamientos erróneos y las conductas inadecuadas y, en segundo lugar, a reconocer y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas inadaptadas” (Beck et al. 1979). Los objetivos de una sesión deben centrarse en problemas concretos, por lo que una de las tareas será definirlos como tal y otra seleccionar las acciones que permitan arbitrar soluciones.

d) Establecimiento de una agenda al inicio de la sesión. Consiste en decidir conjuntamente con el cliente los temas que se van a tratar. Esta decisión debe ser flexible ya que puede haber problemas urgentes que requieran una atención inmediata. Otros factores a considerar en la elaboración de la agenda pueden ser: fase de la terapia, intensidad de la depresión y problemas pendientes de la sesión anterior. No sólo los temas sino también las técnicas que se van a utilizar deben consensuarse con el paciente.

e) Formulación y comprobación de hipótesis. Cualquier intervención del terapeuta debe basarse en lo que dice el cliente y tener un fundamento teórico claro. Se persiguen dos objetivos: elicitar una información concreta o probar una hipótesis, es decir, requerir la opinión del paciente respecto de la explicación tentativa que ha pensado el terapeuta. Si el paciente está de acuerdo con la hipótesis, se consensuará una estrategia para probar su validez fuera de la sesión terapéutica. Este último aspecto también se aplica cuando es el paciente quien elabora la hipótesis. En cualquier caso, lo más importante es el sentido personal que tenga ésta para la persona.

f) Elicitación del feedback del paciente. Se le anima a expresar lo que piensa y siente para detectar las dificultades que puedan ir apareciendo durante el tratamiento. Es una forma de consolidar la relación terapéutica.

g) Resúmenes intercalados: Suelen utilizarse en tres momentos durante la terapia: “al preparar la agenda,..., hacia la mitad de la sesión, recopila el material tratado hasta ese momento, y hacia el final de la sesión... este resumen final puede hacerlo el paciente” (Beck et al. 1979). Esto tendría como objetivo comprobar que el terapeuta y el paciente se entienden respecto de lo que hablan.

h) Coparticipación con las personas significativas: Esas personas refuerzan los efectos de la terapia pues sirven de apoyo al deprimido y pueden aportar una información complementaria (en presencia del paciente) respecto de las dificultades del paciente.

i) Utilización de técnicas auxiliares. Se intenta aumentar el impacto de la sesión permitiendo a los pacientes revisar grabaciones en magnetófono o vídeo de la sesión.

3. EFICACIA Y CAMBIO EN TERAPIA COGNITIVA.

En este apartado queremos presentar alguna evidencia a favor de la eficacia diferencial de la terapia cognitiva respecto de otros sistemas terapéuticos y una hipótesis explicativa de por qué la mayoría de los tratamientos estructurales de la depresión son igualmente efectivos. Los efectos de una terapia se reconocen por el cambio que producen en la persona; analizaremos el rol de la cognición en un cambio global del organismo y el posible mecanismo explicativo. Por último, analizaremos las posibilidades de cambio de la persona que hace una demanda de ayuda.

3.1. Eficacia.

Dobson (1989) concluye que la terapia cognitiva de la depresión es más efectiva que el efecto placebo, que el efecto de espera en una lista para recibir tratamiento, que la terapia conductual y que la farmacoterapia. Blackburn & Bishop (1983) concluyen que, con pacientes tratados en hospitales de día, una combinación de terapia cognitiva y fármacos sería más efectiva que la terapia cognitiva sola, aunque esta última mantendría su superioridad sobre la farmacoterapia. Las diferencias se diluyen, sin embargo, en los pacientes de ambulatorio. Barber & DeRubeis (1989) señalan que la terapia cognitiva y la farmacoterapia obtienen los mismos resultados, pero se diferencian respecto al número de recaídas, que es mayor en la segunda.

La superioridad del tratamiento cognitivo frente al tratamiento farmacológico parece contar con evidencia; sin embargo, esta evidencia falta cuando la comparación se efectúa con otros tratamientos psicológicos estructurados—entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de afrontamiento conductual, entrenamiento en habilidades de autocontrol— Así, de la constatación de que todos ellos enfatizan diferentes componentes terapéuticas, podemos preguntarnos, de acuerdo con Teasdale (1985): ¿Qué hace que sean igualmente efectivos?

Teasdale (1985), al igual que otros autores como Frank (1985), afirma que los diferentes procedimientos psicoterapéuticos afectan a un mismo factor, que sería el responsable de la alteración psicológica. En este sentido, para Frank (1985) se denomina “desmoralización” y se caracteriza por una baja autoestima, una percepción distorsionada de los otros y una escasa habilidad para afrontar sus problemas. Ese “estado mental” conduciría a experiencias de fracaso y emociones molestas, que en una suerte de círculo vicioso agravaría el estado del paciente. Y para Teasdale (1985), en el ámbito de la depresión, el factor sobre el que incidirían todos los tratamientos estructurales se denomina “depression about depression”, es decir, una depresión como consecuencia de estar deprimido. La vivencia de los síntomas depresivos genera “ese” estado depresivo (depression about depression) caracterizado por: síntomas vivenciados como muy aversivos, evidencia de inadecuación personal y sentimientos de desesperanza respecto al control personal

que podemos ejercer.

La “depression about depression” adopta la forma de un círculo vicioso que mantiene la depresión, impidiendo su curso natural hacia la remisión. Por tanto, la propuesta terapéutica de Teasdale es la de aumentar el control o eficacia del self en el manejo de la depresión, porque eso puede interrumpir el círculo vicioso y restablecer el curso normal de la depresión.

Sin embargo, no todos los pacientes se benefician por igual de la terapia cognitiva. Hay que distinguir entre los que tienen una respuesta rápida al tratamiento (responders) y los que tienen una respuesta lenta (non responders) (Fenell & Teasdale, 1987; Blackburn & Bishop, 1983). De modo que la eficacia de la terapia se basa en la premisa de una adecuación del tratamiento al paciente. Factores de esta acomodación serían las respuestas del paciente a la conceptualización cognitiva de la depresión y los altos niveles de “depression about depression”; la diferencia fundamental entre la respuesta rápida o lenta, que se observa ya desde las primeras sesiones, la describen Fenell & Teasdale (1987) como una “revolución inesperada del pensamiento” que conduce a una visión de la depresión como algo controlable.

La necesidad de una adecuación entre paciente y terapia plantea una cuestión importante: ¿quién se beneficiará de las 20 sesiones que, normalmente, completan un tratamiento de terapia cognitiva? A “Los pacientes que no responden a la terapia cognitiva en 2-4 semanas, es mejor ofrecerles un tratamiento alternativo” (Blackburn & Bishop, 1983, citado por Fenell & Teasdale, 1987). En este sentido, la selección de los pacientes adecuados exige elaborar modelos de evaluación de las características personales del paciente. O sea, es tan importante la analizabilidad del paciente como el análisis de la demanda que presenta, ya que “pueden surgir otros problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente” (Watzlawick et al., 1980).

3.2. Naturaleza del cambio.

“La depresión está marcada por el cambio: actividades que eran gratificantes dejan de serlo, individuos activos dejan de serlo y se vuelven dudosos e indecisos; el interés e implicación se convierte en apatía y desimplicación; en el extremo puede llegar al suicidio, la autodestrucción” (Hollon & Beck, 1979).

La persona que vive un estado depresivo se siente como si fuera otra persona. “La depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, (y) el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo” (Beck et al., 1979).

3.2.1. El rol de la cognición.

Hollon, Evans & DeRubeis (1987) defienden “el rol mediacional de los procesos cognitivos”. Los síntomas afectivos, motivacionales y fisiológicos sur-

gen a partir de la mediación de la cognición. Sin embargo, el modelo mediacional no es lineal ni unidireccional sino que permite, también, contemplar la cognición como un efecto de la depresión.

Un modelo de este tipo (relación de reciprocidad), va contra las conclusiones de la mediación basadas en los resultados de que las terapias tienen “unos efectos no específicos” (Mc Lean & Hakstian, 1979, Zeiss et al. 1979, citados por Blackburn & Bishop, 1983). El núcleo central de la terapia cognitiva es el intento de descubrir y cambiar aquellos conceptos erróneos que, según se cree, son centrales para los problemas de los clientes” (Raimy, 1985).

3.2.2. Modelos de cambio.

¿De qué naturaleza es el cambio en las cogniciones? ¿Qué implicaciones terapéuticas se derivan de ello? Hollon, Evans, & DeRubeis, 1987, citado por Barber & DeRubeis 1989; Ingram & Hollon, 1986; describen diferentes modelos según los cuales se puede producir el cambio:

a) Cambio por acomodación. La terapia produciría cambios en los contenidos de los esquemas y en los procesos cognitivos encargados de crearlos, mantenerlos y cambiarlos.

b) Cambio por activación-desactivación. La terapia cognitiva produciría cambios en la “organización cognitiva” del paciente (Beck et al., 1979). El esquema depresogénico dejaría de ser preponderante a la vez que otros esquemas se activarían; sin embargo, el esquema desactivado permanecería latente y en disposición de volverse a activar con la concurrencia de un suceso suficientemente estresante. De este modo, el sujeto sigue siendo vulnerable a la depresión.

c) Cambio a través del desarrollo de habilidades compensatorias. Los sujetos que han superado un episodio depresivo han aprendido una serie de “habilidades conductuales, cognitivas y metacognitivas” (Hollon, Evans and Derubeis, 1987; Barber & DeRubeis, 1989) para afrontar los pensamientos negativos derivados de una situación dolorosa. Esto implica que aunque el patrón de procesamiento de la información negativa aparezca en el estado de remisión, el sujeto sabe cómo afrontarlo y controlarlo eficazmente.

Hay coincidencia en la afirmación de que la terapia exitosa debe promover un cambio a nivel del contenido de los esquemas o supuestos depresogénicos. De otra forma, el sujeto continuaría siendo vulnerable a la depresión. Por lo tanto, no basta con eliminar las consecuencias negativas de los supuestos inadecuados sino que deben revisarse tanto sus consecuencias negativas como positivas; a este aspecto Beck et al. (1979) lo denominan motivación para el cambio.

Pero, ¿cómo se lleva a cabo este proceso? Para Barber & DeRubeis (1989) la terapia cognitiva afecta primero a los procesos de afrontamiento a los pensamientos negativos y finalmente a los contenidos, bien por acomodación o desactivación. A partir de la generalización del uso de las habilidades aprendidas se modifican los contenidos. Así, concluyen estos autores, la práctica terapéutica

más eficaz es la que se centra en la enseñanza de habilidades más que en la modificación de creencias, las cuales se transformarán si el sujeto consigue asimilar esas habilidades.

3.2.3. Sistemas interrelacionados en el cambio.

La depresión puede considerarse como una organización de variables cognitivas; de humor y biomédicas interrelacionadas entre sí; cualquier intervención genera efectos en todo el sistema; aunque su objeto haya sido un tipo de variables.

Si nos preguntamos por el denominador común de las terapias con éxito, es decir que producen mejoría en la depresión, nos encontramos que todas ellas provocan un desplazamiento de un tipo de cogniciones negativas a otras positivas (Beck, 1985). Esta preeminencia de lo cognitivo justifica el papel que se le ha concedido en el modelo cognitivo como "primer eslabón de una cadena de síntomas o fenómenos" (Beck et al., 1979), aunque sin pretender considerarlo la causa primera de la depresión.

3.3. Posibilidades de cambio.

Según la hipótesis del bloqueo cognitivo, planteada por Beck (1985), los depresivos tendrían "dificultades para procesar datos positivos". Por lo tanto, la depresión puede explicarse como un desplazamiento del sesgo normal hacia lo positivo, que llamamos "ilusión de control" o autoengaño, a un sesgo depresivo hacia lo negativo, caracterizado por la ilusión de inadecuación personal y la ausencia de control. La negatividad en el pensamiento del depresivo se manifestará en todas las interacciones en las que participe, y desempeñarán un rol de profecías autocumplidoras, ya que persigue confirmar sus expectativas derrotistas.

En el transcurso de la interacción terapéutica, el depresivo puede estar sesgando las intervenciones del terapeuta, de manera que constituyan un refuerzo para sus supuestos depresogénicos (Dobson & Shaw, 1981). Esto obliga a que uno de los primeros objetivos de la terapia sea el de corregir la distorsión negativa, utilizando procedimientos como "la prueba de realidad", que consiste en contrastar qué piensa que ha sucedido y lo que ha sucedido realmente; y como los "listados de pros y contras", que permiten contemplar nuevas alternativas de acción y descubrir premisas de acción erróneas.

Por otro lado, cualquier estrategia de cambio debe basarse en el "paradigma personal" del sujeto; lo constituyen supuestos depresogénicos (creencias y actitudes disfuncionales), responsables del círculo vicioso de negatividad que rechaza cualquier evidencia desconfirmatoria. Así, cualquier intento de inducir un cambio debe comenzar por la comprensión del "porqué el paciente piensa que no puede cambiar", ya que "un paradigma personal puede tambalearse y experimentar un cambio cuando el individuo se dispone a reconocer una anomalía que no puede integrarse en el paradigma existente o algún otro tipo de evidencia que vaya en

contra del paradigma" (Beck et al., 1979).

3.3.1. Condiciones de cambio.

La terapia cognitiva no se reduce a un análisis de los componentes cognitivos, sino que se contextualiza en un modelo teórico útil para valorar los problemas del paciente y decidir la forma de intervención más adecuada.

Una de las primeras cosas que deberían valorarse es la analizabilidad del sujeto; es decir, la existencia de unos requisitos personales que garanticen la posibilidad de beneficiarse de la terapia; de algún modo, "predictores de respuesta" (Willians, 1986). En este sentido, Glass & Arnkoff (1982) describen una serie de principios que podrían servir para este fin: "las teorías implícitas de los clientes acerca de sus trastornos, metas a conseguir en la terapia, las expectativas de cómo la terapia le ayudará a cambiar y su familiaridad con los métodos cognitivos y con sus propios procesos cognitivos". Partiendo del conocimiento de las competencias y funcionamiento cognitivo general del sujeto, Glass & Arnkoff (1982) plantean un "modelo secuencial" de terapia constituida por dos fases: 1ª alianza terapéutica: reforzar los recursos del paciente con el fin de superar el "estado mental depresivo" (Lundh, 1988). 2ª utilizar métodos no familiares y desafiantes para el cliente, es decir, centrarse en las competencias menos desarrolladas del cliente. De esta forma, se intenta "transformar de forma permanente las estructuras de significado" (Lundh, 1988).

Un aspecto que no puede dejarse de tratar durante la terapia es la finalización de la misma. Conviene dejar muy claro que la finalidad de la terapia no consiste en dominar completamente las técnicas aprendidas, sino que "el énfasis (reside) en el desarrollo, en el crecimiento ... A veces, resulta útil programar una **sesión de apoyo** varias semanas después de finalizar el tratamiento" (Beck et al., 1979). Los casos en los que ha ocurrido una interrupción anticipada de la terapia, por una mejoría sintomática, sin haberse modificado los supuestos depresogénicos, el individuo continúa siendo vulnerable a la depresión; con lo que, las posibilidades de volver a padecer un estado depresivo son elevadas.

3.3.2. Estrategias de cambio.

La terapia de Beck se basa en dos supuestos de acción: presentar la idea de que hay alternativas de pensamiento y de que existe la posibilidad de elegir y modelar un sistema de valores alternativos y articular su puesta en práctica (Marzillier, 1986). La actividad que desarrolla el terapeuta durante el proceso terapéutico es una integración de técnicas cognitivas y conductuales fundamentadas en el "empiricismo colaborativo". Dentro de una relación de colaboración, el terapeuta y el paciente diseñan "experimentos" donde las hipótesis son las "predicciones del cliente". Los resultados obtenidos de esos experimentos confirmarán o desconfirmarán las expectativas del paciente y servirán para relativizar sus creencias erróneas.

Según Hoffman (1984) hay dos maneras de alcanzar una mejor adaptación, mediante:

- Cambios basados en la participación activa. En términos de Beck et al (1979) correspondería a las técnicas conductuales, cuyo fundamento teórico se basa en la convicción del paciente acerca de su incapacidad para hacer actividades que antes podía realizar. Se pretende modificar la estimación negativa de sus capacidades para restablecer un grado de funcionamiento parecido al que tenía antes de la depresión. Es importante subrayar que lo importante no es la actividad que se realiza sino las actitudes disfuncionales generadas a ese propósito; su modificación mejora la conducta.

El terapeuta prescribe actividades cuya realización aportará información contradictoria respecto de sus supuestos y, por otro lado, permitirá al paciente comportarse de forma diferente a como lo ha hecho hasta ese momento. Sin embargo, esto no parece suficiente en todas las ocasiones debido a que “un rasgo importante (de la depresión) es que no puede ser corregida por la experiencia. Ni por los éxitos, ni por la aprobación, ni por el afecto...se trata de un estilo de razonamiento que mantiene al deprimido en un sistema cerrado a toda corrección“ (Widlöcher, 1986).

- Cambios a través de la comunicación verbal. Corresponde a las técnicas cognitivas, en la terminología de Beck et al. (1979); su fundamento teórico se basa en que la interpretación de la realidad es la responsable de los sentimientos, motivaciones y conducta. El terapeuta intenta influir en el paciente por medio de la comunicación terapéutica abriéndole a nuevos puntos de vista. Estas alternativas deben ser aceptables y deben poderse articular desde las posibilidades que presenta el individuo. Este nivel de cambio es necesario para contrarrestar el principio de vulnerabilidad que rige la depresión.

3.3.3. Generalización del cambio.

Durante la terapia se procura que los logros que se van alcanzando no queden circunscritos al contexto terapéutico. Se intenta mediante las tareas para casa no perder el contacto con las situaciones generadoras de problemas, y por eso gran parte del material de trabajo de la sesión corresponde a información recogida por el paciente en su contexto natural problemático. Esto permite asegurar la generalización del cambio terapéutico, así como de la capacidad del paciente para enfrentar situaciones futuras. Esa capacidad está en la base del mantenimiento de los efectos de la terapia.

3.3.4. Resistencia al cambio.

La resistencia se manifiesta por una ausencia de cooperación del paciente que puede presentarse en cualquier momento de la terapia pero que “es más evidente cuando el desequilibrio es intenso y exigente” (Mahoney, 1985). En tales momentos, el paciente vive el cambio como algo amenazante; se le propone un

cambio para el que no está preparado (Glass & Arnkoff, 1982).

La amenaza sentida también puede ser consecuencia de una estrategia terapéutica errónea. El cambio que se le propone cuestiona premisas fundamentales de su organización de la experiencia, olvidando que a pesar de que un sistema sea disfuncional, funciona a su manera.

La terapia cognitiva intenta manejar la resistencia manteniendo una actitud "científica": colaboración para plantear y probar hipótesis y resolver problemas. Mahoney (1985) considera que en el manejo de la resistencia o "procesos cognitivos protectores" se debe reducir la necesidad de su uso. El paradigma personal ha de reconocerse insuficiente y ha de canalizarse su energía hacia nuevas estructuras de significado.

4. CONCLUSION

La psicoterapia se ocupa del cambio. Un sistema de terapia debe abordar "qué cambia" en una persona para que genere un estado patológico; "cómo inducir un cambio" que produzca una mejoría en el paciente; y "quién cambia", es decir, las características personales del protagonista del cambio.

La terapia cognitiva de la depresión, de Beck, considera que: 1) un cambio cognitivo es el responsable de la depresión: es decir, la activación de esquemas depresogénicos genera una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que conducirá al trastorno emocional; 2) una serie de técnicas conductuales y cognitivas pretenden que el paciente cambie su manera de pensar, pero, 3) no es posible cualquier cambio, sino que cada persona tiene unas posibilidades de cambio que la terapia debería potenciar.

La terapia cognitiva de la depresión, expuesta por Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), está constituida por un **modelo cognitivo**, que da cuenta de la concepción teórica de la depresión, y unos **procedimientos de cambio**, de carácter cognitivo-conductual, que son la manera cómo se intenta producir modificaciones en el estado depresivo. Este artículo revisa, fundamentalmente, dos aspectos de la terapia cognitiva de la depresión: los constructos clínico-cognitivos que integran el modelo cognitivo, encuadrándolos en el planteamiento más amplio del procesamiento de la información, y el fenómeno del cambio terapéutico, desde la perspectiva de la eficacia de la terapia, la naturaleza del cambio y las posibilidades de cambio de la persona.

Referencias Bibliográficas:

- ARNKOFF, D.B., & GLASS, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation and elaboration. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1, 1-33.
- BARBER, J.P., & DERUBEIS, R.J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for

- depression. *Cognitive therapy and research*, 13, 441-557.
- BECK, A.T. (1985). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, Barcelona, 1988).
- BECK, A.T. & GREENBERG, R.L. (1984). Cognitive therapy in the treatment of depression. In N. Hoffman (Ed.), *Foundations of cognitive therapy: Theoretical methods and practical applications*. New York: Plenum Press.
- BECK, A.T., RUSH, J., SHAW, B., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford. (Traducción castellana: DDB, Bilbao, 1983).
- BLACKBURN, I.M. & BISHOP, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 143, 609-617.
- DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 414-419.
- FEIXAS, G., & VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FENELL, M.J.V., & TEASDALE, J.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive therapy and research*, 11, 253-271.
- FRANK, J.D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, Barcelona, 1988).
- GLASS, C.R., & ARNKOFF, D.B. (1982). Think cognitively: Selected issues in cognitive assessment and therapy. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 1, 35-71.
- HOFFMAN, N. (1984). Introducción to the subject. In N. Hoffman (Ed.), *Foundations of cognitive therapy: Theoretical methods and practical applications*. New York: Plenum Press.
- HOLLON, S.D., EVANS, M.D., & DERUBEIS, R.J. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discrimination between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.
- INGRAM, R., & HOLLON, S.V. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspectives. In R. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Florida: Academic Press.
- LUNDH, L.G. (1988). Cognitive therapy and the analysis of meaning structures. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- MAHONEY, M. (1985). Psychotherapy and human changes process. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, Barcelona, 1988).
- MAHONEY, M., & GABRIEL, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of cognitive psychotherapy*, 1, 39-59.
- MARZILLIER, J.S. (1986). Changes in depressive beliefs: An analysis for Beck's cognitive therapy for depression. *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, 5, 89-114.
- PERRIS, C. (1988). The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other psychotherapies. In C. Perris, I.M. Blackburn, H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- RAIMY, V.E. (1985). Misconceptions and the cognitive therapies. In M. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press. (Traducción castellana: Paidós, 1988).
- TEASDALE, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work? *Behavior research therapy*, 23, 157-165.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H., & FISH, R. (1976). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- WEISHAAR, M.E., & BECK, A.T. (1985). Cognitive therapy. In W. Dryden & W.L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. Cambridge: Hemisphere Publishing.
- WIDLÖCHER, D. (1983). *Les logiques de la dépression*. Paris: Fallar. (Traducción castellana: Herder, Barcelona, 1986).
- WILLIAMS, J.M.G. (1987). Cognitive treatment of depression. In H. Eysenck & I. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum Press.
- WINFREY, P.L., & GOLDFRIED, M.R. (1986). Information processing and the human change process. In R. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Florida: Academic Press.



APEGO Y EXPLORACION EN LA PATOGENESIS DE LAS FOBIAS

Sandra Sassaroli & Roberto Lorenzini

Roma

On the basis of "man as scientist" metaphor, this paper analyses from an epistemological point of view the cognitive implications in the origin of phobias. The inhibition of exploratory activity, that it is constructed as a danger for the individual, provokes a reduction in the development of the cognitive system and in the contact with the external world. All these are characteristic symptoms of the phobic disorders.

La maximización de la capacidad predictiva.

Varios son los principios explicativos que se han propuesto para explicar el comportamiento humano y el malestar psíquico: desde la búsqueda del placer a la obediencia a las reglas morales, desde la búsqueda del consenso a la repetición de las experiencias ya vividas, desde el mantenimiento de la homeostasis interna, a la satisfacción de los instintos de supervivencia genética. De esta forma se intenta explicar el sufrimiento psíquico interpretándolo como consecuencia de un conflicto entre tendencias opuestas.

Nuestro intento consiste en explicar el acto humano y el sufrimiento psíquico apelando a un único principio explicativo motivacional, que actúa en todos los seres vivos. Tal principio consiste en la maximización de la capacidad predictiva.

La perspectiva epistemológica adoptada por nosotros (siguiendo las huellas de Kelly y Popper) es la del constructivismo realista. Por constructivismo entendemos el hecho de que el hombre es un constructor activo de su realidad: los datos observados no se imponen por sí mismos a la conciencia ni su progresiva acumulación la aumenta por sí misma, sino más bien el establecimiento de teorías cada vez más sofisticadas, creadas con el fin de anticipar los acontecimientos.

El realismo consiste por el contrario en suponer que el universo existe independientemente de la presencia de un observador y que aunque no lo podemos "conocer" directamente e inequívocamente sino solo a través de nuestras construcciones, éstas pueden ser invalidadas, y tanto más cuanto más precisas sean: los

datos observados actúan como control y no como fundamento de nuestras anticipaciones.

Cada uno construye de este modo una realidad inventada con el único objetivo de prever lo mejor posible los acontecimientos. A menudo, sucede efectivamente lo previsto por el solo hecho de haberlo previsto; pero, a veces, las cosas siguen un curso distinto; en esta caso las previsiones resultarán evidentemente erróneas y será necesario inventar otras nuevas. Con ello no se llega a la verdad sobre la realidad, sino que se descarta simplemente una hipótesis equivocada. El hombre está de este modo ocupado activamente en hacer predicciones sobre su ambiente y en descartar aquellas predicciones que se demuestren equivocadas para inventar otras que, teniendo en cuenta los errores, anteriores sean más verosímiles.

Desarrollo del sistema predictivo

El sistema de constructos es en parte innato y en parte adquirido. Cada ser humano, por el solo hecho de serlo, comparte con los otros individuos de su especie, una cantidad finita de capacidad discriminativa que se incorpora a sus órganos sensoriales. A partir de esta base común desarrolla la propia construcción subjetiva de la realidad, que queda de este modo incorporada al patrimonio innato de constructos, el cual delimita el posible campo de desarrollo fuera del que no es estructuralmente posible ninguna discriminación (piénsese en los ultrasonidos). No podemos construir aquello que es incognoscible.

El apego (Bowlby, 1959; 1969) y la exploración constituyen las diversas modalidades de acrecentamiento del patrimonio de constructos, que adquieren con el tiempo una relevancia diversa. El apego representa según nuestro juicio la primera modalidad utilizada por el niño para acrecentar la propia capacidad predictiva. Consiste en una relación de tipo cognoscitivo, privilegiada y exclusiva con una figura de apego, capaz de suministrar constructos aptos para integrarse en el patrimonio innato.

La exploración representa una modalidad posterior que tiende a sustituir al apego y que consigue el acrecentamiento de la capacidad predictiva, gracias a una continua dialéctica entre las previsiones y las invalidaciones derivadas de los fallos de previsión.

La ventaja predictiva del apego

Pero, ¿a qué nivel se explica el contenido informativo de la relación de apego y cómo contribuye a la estructuración del sistema predictivo?

El niño, nace con algunas potencialidades innatas que consiguen expresarse operativamente a través del apego: innata es la capacidad de observar semejanzas y diferencias que conducirá después a la construcción de una jerarquía de constructos; innata es una semiótica emotiva sobre el estado del sistema que se convertirá después en conciencia del contenido informativo de las emociones;

innata es la potencialidad de ejecutar algunas operaciones lógicas que darán lugar al desarrollo de la capacidad de elaboración del sistema. El contenido informativo del apego se expresa a tres niveles ordenados jerárquicamente: el primer nivel hace referencia a la discriminación entre sujeto del conocimiento y objeto, el segundo a los criterios epistemológicos es decir, cómo se obtiene el conocimiento, el tercero a los datos del conocimiento.

La discriminación sí mismo/otro

La primera discriminación que hace cada sujeto cognoscente se refiere a la diferencia entre sí mismo y los demás, entre lo interno y lo externo. Tal separación no se da en absoluto por supuesta, dado que el niño sale de un estado de fusión primero biológica, y después funcional con la madre. De un solo sujeto emergen progresivamente dos individuos. Ambos, y no sólo el niño, deben conseguir llegar a considerar la que había sido una parte de sí mismo, como otro distinto de sí. Cronológicamente ésta es la primera discriminación y todas las sucesivas deberán subordinarse jerárquicamente a ésta.

Los criterios epistemológicos

El segundo nivel define los criterios epistemológicos, es decir, responde a la pregunta “¿cómo se obtiene el conocimiento?”. De acuerdo con lo anterior se distingue entre un conocimiento especulativo subordinado al sí mismo y un conocimiento aprendido subordinado al polo “distinto de sí mismo”.

Estas dos estrategias de aumento de la capacidad predictiva se definen recíprocamente en el sentido de que el “conocimiento aprendido” (que es el que predomina inicialmente) define cómo se obtiene el “conocimiento especulativo” y éste último equivale a la exploración para definir cómo se obtiene y qué valores posee el conocimiento aprendido.

Los criterios epistemológicos se refieren a:

a) **La autoridad de la fuente**, es decir, “qué características debe poseer un informador para ser creíble” y en relación al propio sujeto cómo debo ser yo para poderme fiar de mí mismo. Por ejemplo, puedo sostener que todas las personas “fuertes, de sexo masculino y desinteresadas” son dignas de confianza y considerar sospechosas, en consecuencia, todas las informaciones que me llegan de personas de sexo femenino y de mi mismo, si me considero débil. Está claro que los criterios epistemológicos relativos al conocimiento especulativo y al conocimiento aprendido están estrechamente correlacionados y se determinan recíprocamente; en este caso, por ejemplo, la capacidad de obtener autónomamente conocimiento especulativo se funda sobre una información recibida “(tu eres capaz de hacerlo todo solo)” de parte de un informador considerado como una autoridad (del que uno se puede fiar) según criterios subjetivos. Se crea así una clase de autorreferencialidad.

b) **La credibilidad de una teoría**: ¿qué características debe tener una teoría

o una creencia, independientemente de su fuente, para ser creíble? Por ejemplo, “no debe ser contradictoria” sino “estable en el tiempo” o quizás “moralmente justa” o “correspondiente a los datos sensoriales” o “ampliamente compartida por la gente”. En este caso lo que se valora son las características internas de la teoría o su conexión con otras teorías más generales.

c) **Criterios de elección entre dos creencias o teorías**, “¿cómo se consigue cambiar una idea?”, “¿cuándo una teoría se considera validada o falsificada?”. Este importante aspecto entra en juego en dos ocasiones decisivas: en primer lugar, cuando se crea una incongruencia entre el conocimiento aprendido y el conocimiento especulativo, es decir, cuando la madre afirma alguna cosa que en la experiencia directa del niño aparece como falsa. En segundo lugar, cuándo se trata de cambiar de idea no sólo en relación a ciertas creencias sino también en cuanto a los mismos criterios epistemológicos. Responde esto al problema “¿en qué condiciones estoy dispuesto a cambiar mis ideas sobre cómo se obtiene el conocimiento y, en consecuencia, sobre cuáles son los informadores creíbles, las pruebas a aceptar, etc ?”.

Los criterios de elección que indican las condiciones del cambio constituyen una especie de “metacriterios epistemológicos”. Cuanto más numerosos sean estos metacriterios, tanto menos rígido será el sistema y, por tanto, más elevado el grado de reconstrucciones nuevas frente a las invalidaciones, de las que parezca imposible salir sin cambiar el modo de obtener el conocimiento (ver el problema de la invalidación recursiva, Mancini, F., Semerari, A., 1987).

El tercer nivel

Finalmente, un tercer nivel, ulteriormente subordinado, se refiere a los constructos utilizables en la construcción de la realidad y de sí mismo y a su centralidad. Este es el nivel que deja más fácilmente acceso a modificaciones, mientras que los niveles de los criterios epistemológicos y de discriminación sí mismo/los demás muestran una inercia todavía mayor. En el interior de cada nivel resulta más fácil el desplazamiento de los elementos de un polo al otro de un constructo, que la modificación de los nexos entre constructos o del constructo mismo (Mancini, 1987).

La ventaja evolutiva del apego

El principio explicativo de la maximización de la capacidad predictiva es utilizable no sólo para explicar el desarrollo de sistemas únicos, sino también la evolución de los sistemas en la historia de la vida. En el ser humano los genes codifican no sólo una serie de constructos innatos, sino la posibilidad de aprender y generar nuevos constructos, lo que lleva consigo una evidente ventaja predictiva: la posibilidad de aprender de la experiencia y de transmitirla. A la transmisión genética se le añade una nueva modalidad de transmisión intergeneracional de constructos, que consiste en la transmisión cultural, que encuentra su espacio

privilegiado en el comportamiento de apego. Apego que aumenta cualitativamente y cuantitativamente en la filogenésis, de modo que, cuanto más complejos y evolucionados son los individuos, más aumentan su dependencia y su neotenia.

En la ontogénesis ocurre lo contrario: el apego, definido como modalidad exclusiva de incremento de la propia capacidad predictiva, está destinado a extinguirse cuando el sujeto ha aprendido del otro a aprender por sí solo. Ya en sí mismo el apego contiene el germen de su superación en la contraposición entre “conocimiento aprendido” y “conocimiento especulativo”. Para que el sujeto encuentre soluciones nuevas y originales a los problemas, la relación de apego debe irse debilitando gradualmente. El apego constituye así, el vínculo entre lo innato y lo adquirido en cuanto representa la disposición innata a adquirir disposiciones no innatas. Gracias a esta propiedad, se produce la enorme variabilidad individual presente en la especie humana, propiciada por la regresión de los programas comportamentales innatos y por el potenciamento de la capacidad innata de aprender de los demás y de la capacidad de aprender autónomamente.

La ventaja predictiva de la exploración

Otra modalidad de aumento de la propia capacidad predictiva consiste en la exploración, entendida como la exposición voluntaria de las propias teorías sobre los límites del campo de aplicabilidad del propio sistema a las posibles invalidaciones. La exploración se construye en torno al núcleo originario del “conocimiento especulativo”, presente ya en el apego, y termina por liberarse del conocimiento aprendido y superar el apego como modalidad privilegiada de aumento de la capacidad predictiva del sistema.

Es probable que el valor biológico del comportamiento de apego sea fundamental en las primeras fases de la vida para la supervivencia y que, por ello, el comportamiento exploratorio se manifieste sólo en un momento posterior.

Según Bowlby el comportamiento exploratorio sirve para construir un mapa del ambiente que permita prever, con un grado notable de precisión, los acontecimientos relevantes para los objetivos establecidos por el individuo.

Tanto Piaget como Bowlby consideran el comportamiento exploratorio como una clase de conducta distinta e importante, de un valor equiparable a otros tipos de conducta como la alimentación, el aparejamiento y el apego mismo. A este propósito Bowlby (1969) afirma: Una característica del comportamiento exploratorio es su capacidad para transformar lo nuevo en conocido y con este proceso convertir un estímulo activante en un estímulo terminal.

Un aspecto paradójico del comportamiento exploratorio consiste en el hecho de que las propiedades que provocan la exploración son casi las mismas que las que suscitan alarma y huida. En efecto, en la medida en que aparece el comportamiento exploratorio se desarrolla también su contrario: la evitación o la huida. Bowlby (1969) continúa diciendo: “Así el animal aprende a discernir entre lo familiar y lo extraño: los estímulos que suscitan la conducta de aproximación

tienden a restringirse a los objetos familiares, mientras otros estímulos tienden a suscitar el alejamiento o/ y la agresividad (es decir: el equilibrio entre los aspectos familiares y no familiares tiende a suscitar el comportamiento de exploración).

Esta afirmación es importante en cuanto sugiere que también el comportamiento de evitación o de huida tiene como objetivo, de acuerdo con nuestra hipótesis teórica, el aumento o, por lo menos, el mantenimiento de la capacidad predictiva: la oportunidad de ponerlo en acto parece hacer referencia a aquellas situaciones en que el sujeto construye como potencialmente amenazantes, es decir, capaces de producir un amplio cambio inminente en las estructuras centrales del sistema.

Un modelo clínico de las fobias: la incompatibilidad entre exploración y apego

Es un dato de observación común la grave limitación del comportamiento exploratorio en las fobias. El comportamiento de exploración, en cuanto tal, no puede ser inhibido por la "punición" de una sola conducta, ni se puede extinguir en la medida en que el objeto se ha convertido en familiar, porque si se da una inhibición de aquel comportamiento exploratorio queda el refuerzo del comportamiento exploratorio como clase comportamental (Lorenzini, Sassaroli, 1987). El comportamiento exploratorio resulta inhibido sólo en el caso de disminuir la capacidad predictiva global del sujeto. Ello puede ocurrir, cuando a un movimiento exploratorio en el mundo exterior, corresponda una disminución relativa de predictividad sobre uno mismo o sobre la figura de apego. En el paciente fóbico parece comprobarse una incompatibilidad entre apego y exploración, el uno parece volverse invalidante para el otro, se restringe el campo exploratorio, impidiendo continuar haciendo previsiones sobre sí mismo y sobre el mundo (Kelly, 1955; Winter, 1983; Sullivan, 1984). Varios son los modos con los que una madre puede contribuir a inhibir los comportamientos exploratorios del hijo.

La madre puede inhibir el comportamiento exploratorio de cuatro formas distintas:

1. Volviéndose impredecible frente al comportamiento exploratorio del hijo (cambio de humor, alejamiento, amenazas de abandono, rechazo del acercamiento). No es, por tanto, contraproducente (contrariamente a lo que sostiene Bowlby) el hecho de que la madre retenga el niño a su lado con el fin de tener compañía, dificultando así su exploración; es decir, lo que parece decisivo es el modo con que busca conseguir este efecto.

2. Favoreciendo en el niño la construcción de sí mismo, como débil, grácil, físicamente inadaptado, enfermizo.

3. Provocando en el niño la construcción del mundo externo como hostil, lleno de incógnitas y de peligros y, por tanto, como amenazante.

4. Interpretando las emociones manifestadas por el niño (el llanto, la excitación, el miedo, etc.) como signo de debilidad y de enfermedad, favoreciendo, de

esta forma, esa misma construcción también en el hijo, que aprende de inmediato a interpretar las emociones propias como señales de peligro a evitar, ligadas a cambios de situaciones, que deben evitarse igualmente.

De esta forma, al enfrentarse el niño con una figura de apego que tiende a hacer ineficaz el comportamiento exploratorio dirigido hacia el mundo externo, puede construir como relativamente incompatibles comportamiento exploratorio y apego. Para poner un ejemplo podríamos decir que el niño se encuentra en el deber de escoger entre:

a) “Si exploro el mundo externo renuncio al apego” (situación a menudo frecuente en fase premórbida)

b) “Si mantengo un buen apego renuncio a explorar” (situaciones que se presentan a veces en fase premórbida y a menudo en las fases de remisión de la sintomatología aguda)

El riesgo de aparición de la agorafobia está presente en ambas situaciones. Ello se debe precisamente a la exclusión recíproca entre exploración y apego. Este último no será un buen apego, sino un apego ansioso, muy similar a la dependencia, fundado sobre ideas de inadecuación personal y de dificultad para quedarse solo para afrontar las maldades del mundo. La exploración no será una buena exploración, sino un “compulsiva fe en uno mismo”, que rehuye toda forma de vinculación y de relaciones íntimas con quien sea.

Nuestra hipótesis supone una situación premórbida que puede caracterizarse, según la elección hecha, como “apego ansioso” o como “compulsiva fe en uno mismo”, es decir “apego fallido”. Bowlby, en cambio, cree que la agorafobia se desarrolla sólo en sujetos que durante la infancia han desarrollado un apego ansioso y que, a lo largo de la vida, experimentarán una separación real o temida con figuras de apego significativas. Lo que Bowlby afirma para nosotros es sólo un caso particular; en efecto, no en todos los agorafóbicos los desencadenantes se pueden considerar “pérdidas o separaciones”.

La emociones en el cliente fóbico

Como la mayoría de los teóricos cognitivos actuales, sostenemos (Bowlby, 1983; Goldstein, Chambless, 1983; Liotti, 1985; Lorenzini, Sassaroli, 1987; Winter, 1988) que en las fobias se da una dificultad para discriminar, conocer y construir las propias emociones, considerando las variaciones que se producen en el propio sistema de constructos como un impedimento posterior para el cambio. Nuestros clientes fóbicos parecen tener constructos emocionales semejantes entre ellos, en cuanto pertenecen todos al campo de aplicabilidad de un polo de un constructo supraordenado del tipo “enfermo”, “débil”, “incapaz”, por lo que cualquier emoción que se experimente conduce a previsiones de este tipo. Pero ¿por qué es tan pobre la capacidad de definir las propias emociones en el cliente fóbico?. Las razones a nuestro juicio son sustancialmente dos, la “inducción a un error de construcción” y “la evitación de la soledad”.

La primera consiste en el hecho de que a una construcción, por parte de los padres, de cada activación neurovegetativa del niño, como signo de fragilidad o de peligro, corresponde por parte del niño una falta de aprendizaje de este tipo de activación como fuente de conocimiento de sí mismo, de discriminación. En su lugar construye tales reacciones emotivas como señales de peligro generalizado de las que hay que defenderse lo más rápido posible, deteniéndolas si es posible.

La segunda modalidad, que se inicia hacia el primer año de vida, impide al niño experimentar el propio mundo interior, estar solo con la propia rabia, dolor, amor, gratitud, culpa o angustia, porque cada manifestación emotiva viene interferida por algún tipo de intervención de los adultos que distrae la atención del propio mundo interior. El bloqueo de la exploración por parte de los padres no se limita así al mundo externo, sino también al mundo interno, que se mantienen inexplorados, amenazantes, desconocidos. De este territorio misterioso llegan señales interpretadas como señales de peligro. El miedo a cualquier experiencia emocional, el miedo del miedo, produce por sí mismo temor o ansiedad, provocando lo mismo que se quería evitar.

Una situación de este tipo permite todavía márgenes de predictibilidad dentro de ciertos límites. El problema nace cuando el sujeto encuentra una invalidación importante sobre previsiones que afecta a los constructos centrales.

La situación premorbose

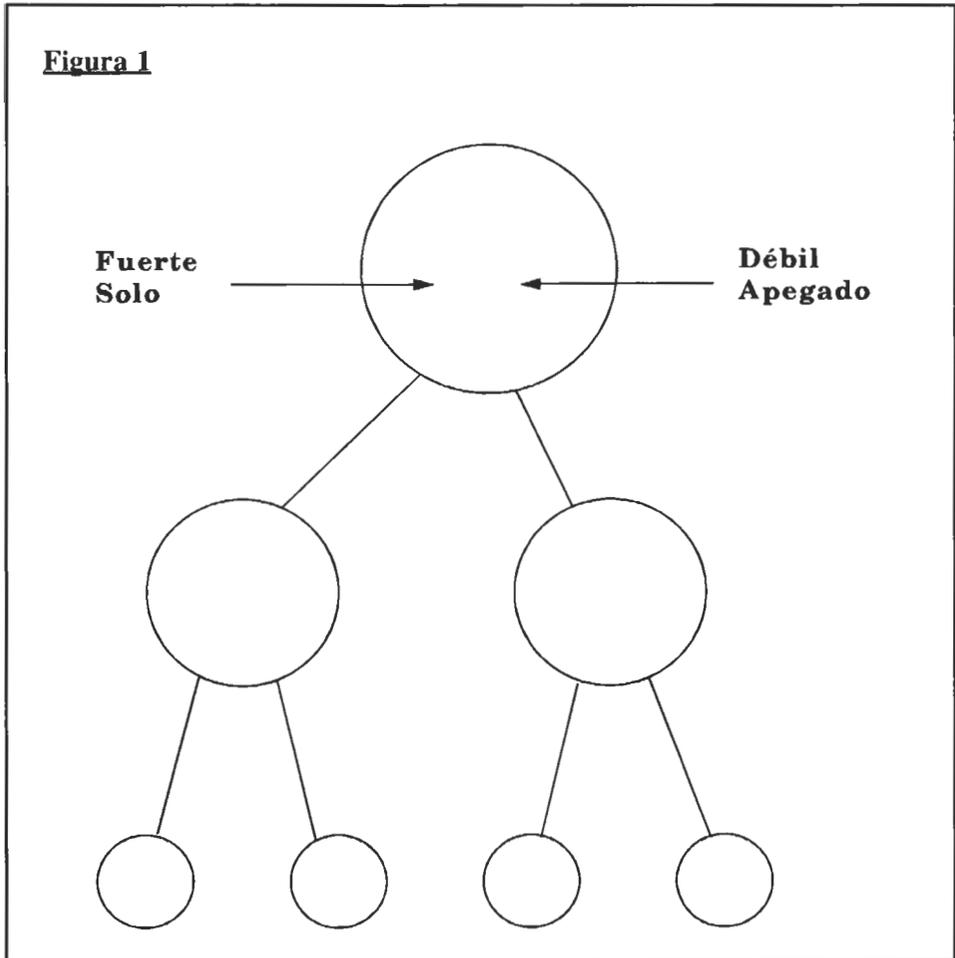
En la situación premorbose encontramos una construcción extremadamente unilateral de uno mismo, en relación a uno de los dos polos opuestos de un constructo central del tipo "autónomo-dependiente". Si el sujeto escoge para sí, el polo "autónomo" se construirá como "fuerte y solo" y desarrollará un comportamiento de apego fallido, del tipo "compulsiva fe en si mismo" y, de esta forma, privilegiará la exploración más que el apego. Si, al contrario, escoge el polo "dependiente" se construirá un apego de tipo ansioso renunciando a la exploración.

En esta fase premorbose no tenemos todavía una patología fóbica y el sujeto puede escoger dos construcciones de sí diferentes. En ambos casos, sólo un polo del constructo central se desarrolla de manera que las otras alternativas posibles se reducen progresivamente. Lo que resulta determinante no es una u otra construcción de sí mismo, que se puede dar también en sujetos que no desarrollan fobias, sino la oposición que el sujeto construye entre exploración y apego, junto a la unilateralidad del desarrollo del sistema de constructos de una sola de estas polaridades. En consecuencia, uno de los dos polos del constructo será articulado y rico en implicaciones, mientras el otro carecerá de constructos subordinados y será incapaz de hacer previsiones.

Cuando una invalidación alcanza el polo utilizado hasta ese momento, nos encontramos en un punto crítico porque el sistema no tiene alternativas y el cambio no está previsto ni construido adecuadamente.

La primera crisis de ansiedad

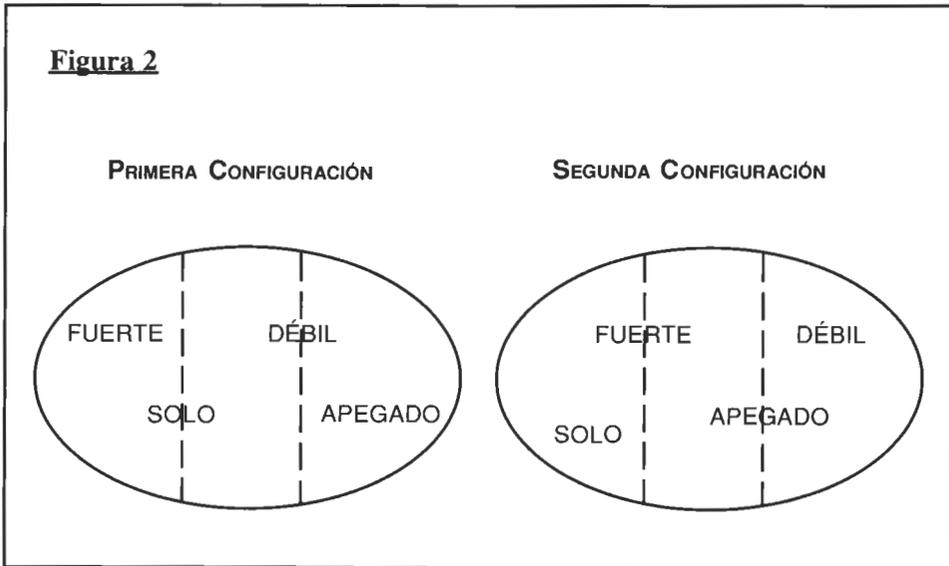
Pueden distinguirse tres períodos en el desarrollo de una crisis de ansiedad, una fase premorbose, a menudo definida como absolutamente normal por el sujeto. El segundo período está constituido por la crisis de pánico. El tercero es la fase de las estrategias para evitar que la crisis de pánico se repita. Llegado a este punto el sujeto, después de numerosas visitas a médicos de diverso tipo se dirige al neurólogo y, finalmente, al psicoterapeuta.



La figura 1 representa los constructos “fuerte/débil” y “solo/apegado” como un único constructo en el que “fuerte y solo” son equivalentes frente a “débil y apegado” que también lo son entre sí. De modo que la persona se concibe como “fuerte” únicamente si se vive desvinculada de los otros, mientras que experi-

menta como una amenaza a su fortaleza cualquier situación vinculante. Para estas personas en situación premorbose sólo la zona construida del constructo desarrolla un sistema articulado y rico de constructos subordinados, mientras que la parte opuesta, construida por los constructos “débil/apegado”, está totalmente vacía, no presentando ningún tipo de complejidad cognitiva.

En la situación premorbose como la que se explica en el texto y se ilustra en el gráfico se pasa de un sistema rígido a un desplazamiento parcial entre los dos constructos. Dos son las configuraciones posibles resultantes (Figura 2). En la primera: “apegado” implica “débil”, pero no al revés. “Fuerte” implica “solo”, pero no a la inversa. Como constructos nuevos aparecen: la proyección de “solo” sobre “fuerte/débil” y la proyección de “débil” sobre “apegado”. En la segunda, “solo” implica “fuerte”, pero no viceversa. “Débil” implica “apegado”, pero no al revés. Los nuevos constructos que se derivan son: la proyección de “fuerte” sobre “solo/apegado” y la proyección de “apegado” sobre “fuerte/débil”.



La crisis de la construcción premorbose que aparece durante la primera crisis de ansiedad aguda desplaza el sistema hacia el otro polo de construcción, carente de implicaciones y desarrollo. El desplazamiento, como ya se ha dicho anteriormente, se produce a causa de una invalidación fuerte. Aparece un nuevo constructo al mismo nivel o a un nivel superior que el considerado central hasta ese momento. El antiguo constructo central debe articularse y asumir nuevas implicaciones. Estamos en un momento de posibles evoluciones del sistema, de transformaciones, de lo contrario el sistema no será capaz de afrontar una transición tan arriesgada y significativa.

Las dos construcciones en el episodio agudo

En un primer caso, como en la figura (2) que hemos comentado, el sujeto se construye a sí mismo como "solo" y "débil"; "débil" no implica ya necesariamente "apegado", sino también "solo"; "solo" implicaba "fuerte", ahora implica además "débil".

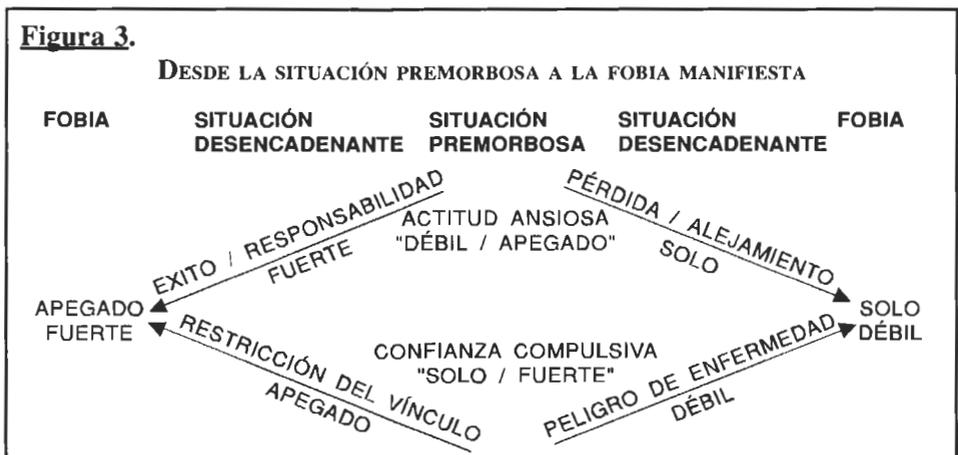
En el segundo caso, de prevalencia claustrofóbica, la franja intermedia sintomatológica se connota por los polos "apegado" y "fuerte". Prevalcen los temas de "constricción". "Apegado" que primero implicaba "débil", ahora implica "fuerte"; "fuerte" implicaba necesariamente "solo", ahora implica también "apegado".

En el proceso psicoterapéutico el sujeto ha experimentado ya la fase intermedia, ha salido de ella e intenta por todos los medios no volver a reincidir.

En síntesis, a las dos situaciones premorbosas que compartían la unilateralidad del desarrollo del constructo central y la oposición subjetiva entre exploración y apego, les sigue la necesidad de escoger entre uno de los dos polos del constructo "fuerte/débil". Si se elige el polo "fuerte/solo", se desarrollará un comportamiento tipo "compulsiva fe en sí mismo" (apego fallido); pero si sufre una invalidación del polo "fuerte", desembocará en el área "solo/débil" con prevalencia sintomatológica agorafóbica; si, en cambio, la invalidación hace referencia al polo "solo", el sujeto se encontrará en el área "fuerte/apegado" con prevalencia sintomatológica claustrofóbica.

En el caso que la construcción premorboza fuera del tipo "débil/apegado" y se manifestara con un comportamiento típico de apego ansioso, entonces, la invalidación podría afectar al polo "apegado", de forma que el sujeto se construiría como "débil/solo" y manifestaría una sintomatología prevalentemente agorafóbica. En el polo "débil" la nueva área intermedia sería "fuerte/apegado" con prevalencia claustrofóbica.

Falta explicar por qué motivo construirse a uno mismo en el área intermedia comporta un apego de ansiedad.



Si partimos de la definición de ansiedad que hemos hecho y tomamos en cuenta que sólo uno de los polos de los dos constructos coincidentes en fase premorbose se hallaba articulado ricamente en constructos subordinados, mientras el otro estaba casi vacío, tendremos un constructo que tiende a ser "trivial" (Chiari, Mancini, Nicola, Nuzzo, 1985).

Recordemos que un constructo subordinado tiene como ámbito de aplicación un polo de su antecedente (se llama antecedente al constructo inmediatamente supraordenado) y, por tanto, los subordinados de un polo del supraordenado no pueden tener tampoco un ámbito de aplicación común en el polo opuesto del supraordenado en cuestión.

Por decirlo con otras palabras, cada constructo ve sólo lo que el otro no ve; es como si se proyectaran el uno sobre el otro un cono de sombra de inaplicabilidad sobre los respectivos ámbitos de aplicación.

Los acontecimientos temidos

Desde el momento de la invalidación del constructo central, se inicia un movimiento en el sistema de los constructos que lleva progresivamente al sujeto a construirse en el área intermedia, buscando nuevos equilibrios e implicaciones que, sin embargo, no se establecen hasta que, después de un período de latencia, con una duración de algunos meses, el individuo se encuentra que debe enfrentarse a un acontecimiento extremadamente concreto y banal que no logra todavía construir con el nuevo punto de vista en el área intermedia.

Tales acontecimientos presentan sustancialmente dos diversas connotaciones:

1. Connotaciones exploratorias. El sujeto se encuentra ante situaciones que debe enfrentar solo y lo que es peor, desconocidas. Veamos algunas de las que expresan nuestros pacientes: tocar animales, quedarse solo en un lugar desconocido, hacer un viaje, no tener referencias conocidas en una calle, entrar solo en un garaje, afrontar una situación imprevista o un cambio de programa.

Tales situaciones no logran ser construidas desde el punto de vista de las dos áreas intermedias y desencadenan la crisis de ansiedad sobre cuyo desarrollo y mantenimiento volveremos más adelante. En efecto, en el área intermedia "débil-solo" la situación exploratoria se puede construir con el polo "solo", pero es incompatible con el polo "débil". Obsérvese que tampoco en este caso se trata de una cuestión que haga referencia a los contenidos. Nosotros no sostenemos que la ansiedad sea debida al hecho de que afrontar una situación exploratoria considerándose débil sea reasegurante. Lo que nos interesa señalar es que el acontecimiento en cuestión, hace constatar dramáticamente al sujeto, por primera vez, la disminución de la propia capacidad predictiva, a causa de la recíproca inaplicabilidad que los polos del área intermedia determinan mutuamente.

Desde la otra área intermedia "fuerte/apegado" la exploración se construye con el polo "fuerte", pero es incompatible con el polo "apegado".

2. Connotaciones “sin vía de salida”, de impedimento o bloqueo forzado del comportamiento de huida. Son todas aquellas situaciones en las que el sujeto considera que no puede escapar: quedarse en un ascensor, hacer una cola, estar atrapado en medio del tráfico, locales llenos o con las puertas que podrían no abrirse, el metro, el tren, el secador de las peluquerías, pensar en tener que hacer absolutamente una cosa y cosas por el estilo.

Ya hemos descrito cómo el comportamiento exploratorio viene invalidado en las primeras experiencias infantiles, de forma que cada acto exploratorio desemboca en una disminución en lugar de un aumento de la capacidad predictiva. Es evidente de este modo que ante la posibilidad de fracasar en la exploración el comportamiento alternativo de huida se convierte en muy importante. Tener siempre una vía de salida no pertenece a ámbito distinto del de la exploración, sino que es la consecuencia directa de las previsiones de error de la exploración misma. Es por esto que en un mismo individuo pueden coexistir a menudo acontecimientos temidos de ambas connotaciones, aunque generalmente con predominio de una de las dos.

El círculo vicioso

En el momento de la crisis de pánico el sujeto experimenta una dramática disminución de su capacidad predictiva, los acontecimientos que debe afrontar se hallan mayormente fuera del campo de aplicación de su sistema de constructos, las implicaciones son oscuras y amenazantes, y experimenta un estado de ánimo que normalmente vendría definido como ansiedad. Pero el sujeto en cuestión, como hemos subrayado en otros trabajos, no tiene facilidad para reconocer, definir y aceptar sus emociones. Esta incapacidad suya para afrontar los cambios normales del sistema, no es ciertamente una ayuda sino que agrava enormemente su estado. Lee su crisis de ansiedad no como tal sino como “muerte inminente”, riesgo de enloquecer, pérdida de sí, infarto, o cualquier estado que comporte algo de irreparable, extremo, aterrador. El sistema redonda entonces sobre constructos todavía más supraordenados, que nunca antes habían sido explorados, como “vivo/muerto”, inconsciente para siempre/consciente, loco/sano, etc. La activación emotiva en este punto llega al paroxismo y perdura hasta que el sujeto se da cuenta de estar, pese a todo, aún vivo, y no haber enloquecido, ni estar irreparablemente perdido. Pero la activación emotiva y la lectura que el sujeto hace se potencian recíprocamente como un círculo vicioso. El sujeto está siempre peor y cada vez más enloquecido.

La evitación

Superado el episodio agudo, el paciente para prevenir la repetición desarrolla principalmente dos estrategias: la evitación y el acompañamiento. Escribe Bowlby (1973):

“Sabido es que un único tipo de situación estímulo, esto es la extrañeza o la

novedad, pueden suscitar huida o exploración. En los animales de muchas especies, un pequeño cambio en el ambiente suscita exploración, mientras que un cambio mayor suscita la respuesta de miedo.”

El comportamiento de evitación es exactamente el opuesto del exploratorio y tiene el objetivo de defender la capacidad predictiva del sujeto, que renuncia a hacer más previsiones para no correr el riesgo de no poder prever nada. La conducta de evitación se desencadena naturalmente ante situaciones de amenaza o de miedo. El problema surge cuando el comportamiento exploratorio es considerado amenazante y se sustituye por la activación emocional y el episodio agudo que se deriva.

Pero dado que si no aumenta, el conocimiento disminuye, este comportamiento acaba por transformar lo conocido en menos conocido y nuevo. De este modo la evitación se generaliza. Cuanto menos exploro, tanto más extrañas se hacen las situaciones. La separación entre conocimiento e ignorancia se borra cada vez más porque se transfieren los recursos del conocimiento a los de la ignorancia.

En vez de tener previsiones seguras, se restringe el área de experimentación. Se prefiere la certeza sobre un menor número de cosas a la escasa certeza sobre muchas. Se escogen definiciones y constricciones frente a extensión y ampliación.

El científico se transforma en un científico avaro de experimentos que se contenta con hipótesis cada vez más restringidas, que cada vez explican menos y de forma más confusa la realidad externa.

Una característica de la fobia es la fuerte limitación de la experimentación, la renuncia o la disminución de las tentativas de ser un científico activo respecto a las situaciones problemáticas, la involución del conocimiento y la falta de construcción del cambio, que podría actuar de potencial falsificador de toda la teoría sobre sí mismo.

La teoría del fóbico tiene una meta-regla del tipo “si experimento vuelvo confusa la teoría” (a semejanza de un apego que no prevé la exploración). Esta es por tanto una teoría que prevé con dificultad los cambios y no acepta someterse a verificación siendo, por otro lado, pobre en alternativas. Se da en ella la renuncia a experimentar respecto a las situaciones problemáticas, evitando tanto la falsificación como la corroboración, con el consiguiente predominio de la heurística negativa.

El proceso de constricción definido por Kelly (1955) como “la restricción del campo perceptivo con el fin de minimizar las incompatibilidades manifiestas del propio sistema de constructos” es adoptado por el fóbico sistemáticamente y acaba por empobrecer cada vez más una teoría que se presenta sin alternativas.

“¿Qué significa construir el hombre como un científico? ¿Qué caracteriza la motivación de un científico?... el objetivo último del científico es la predicción y el control” (Kelly, 1955).

Llegados a este punto la pregunta que nos hacemos es la siguiente: de qué manera el paciente fóbico es un mal científico.

Para Kelly lo que permite una nueva reconstrucción de los acontecimientos y, por tanto, un progreso del conocimiento no es la repetición de las mismas percepciones, sino más bien el fallo de una previsión, “las sucesivas puestas en evidencia de los acontecimientos invitan a la persona a dar lugar a nuevas construcciones sobre ellos, cada vez que ocurre alguna cosa inesperada”.

Tampoco la invalidación se impone al sistema, si no es activamente construida y ésta es la gran ventaja que el concepto de bipolaridad de los constructos consiente. Permite tener siempre a disposición una alternativa aceptable entre las dos posibles, no privando nunca al sistema de capacidad predictiva, aunque normalmente el polo sumergido de un constructo, tenga una potencialidad heurística menor que el explícito.

El juego de las validaciones e invalidaciones es una partida con la realidad, siempre abierta y nunca ganada de una vez por todas. El movimiento constante del conocimiento es una suposición apriorística de Kelly (1955): “el individuo no es un objeto que puede encontrarse circunstancialmente en estado de movimiento, sino que él mismo es movimiento”.

¿Qué es lo que no funciona por tanto en el paciente agorafóbico?. No se trata ciertamente de una carencia de invalidaciones sino precisamente de su respuesta a las invalidaciones. Si es cierto que los seres humanos son científicos, esto no significa necesariamente que todos lo sean buenos y afortunados.

Nuestra hipótesis es que, habiendo el fóbico construido la exploración como una pérdida neta de capacidad predictiva global, escoge para sí la restricción como garantía de mantenimiento de una cierta predictividad: prefiere prever poco y con precisión más que arriesgar por ampliar el campo sin poder prever nada más.

De este modo, la evitación es el apego epistemológico del paciente fóbico, que restringe progresivamente sus previsiones y evita de todos los modos posibles someter a experimentos cruciales, dado que la invalidación por la unilateralidad del desarrollo del sistema lo dejaría sin alternativas.

“Si exploro, si amplío, si experimento confundo la teoría”, parece éste el imperativo que guía al sujeto fóbico. Esta meta-regla que opone la posibilidad de crecimiento del sistema al mantenimiento de la capacidad de previsión, la ampliación a la restricción, parece subrayar la oposición entre la exploración y el apego.

Esta tendencia exasperadamente verificacionista, orientada a evitar la invalidación, ya está activa en la fase premorbose, donde se afianza con el desarrollo unilateral del sistema, de tal modo que todos los posibles acontecimientos perceptibles o casi, se construyan como una validación del polo preseleccionado, estrategia que perdura durante mucho tiempo.

En el desencadenamiento agudo del síndrome, a causa de una invalidación que afecta los niveles más altos del sistema, problematizando el constructo central “fuerte/solo - débil/ apegado”, se verifica por vez primera un estado de transición, hacia una mayor complejidad del sistema. El sistema, sin embargo, no está capacitado para construir adecuadamente tal transición, no prevé el cambio: la

ampliación que debería producirse es en ella misma una amenaza y en consecuencia se aborta todo desarrollo del sistema.

En la fase de mantenimiento la huida de la invalidación alcanza su modalidad más organizada y sofisticada con el comportamiento de evitación: nuestro científico prefiere tener “pocas ideas pero claras”, se encierra en casa y no quiere saber más de experimentos y de posibles cambios de su teoría: el teórico y el experimentador no pueden convivir más en su ánimo y de este modo escoge permanecer exclusivamente como teórico.

Sin embargo la elección de privilegiar la definición y la constricción en detrimento de la extensión y de la ampliación, comporta una regresión constante del conocimiento, un avance de la ignorancia y, por tanto, de la necesidad de una continua generalización de la evitación. Día a día la heurística negativa (esto es, la evitación de datos que no se deben tener en cuenta para salvaguardar el núcleo de la teoría) se propaga, y las ventanas de la casa, una a una se van cerrando.

Utilizando la metáfora del hombre como científico, el artículo considera las implicaciones cognitivas en el origen de las fobias, desde un punto de vista epistemológico. La inhibición de la actividad exploratoria, como efecto de una construcción amenazante de la misma, lleva a restringir progresivamente tanto el desarrollo del sistema cognitivo, como el del contacto con el mundo exterior, sintomatología característica de las fobias.

Traducción: María José Pubill
Revisión: Manuel Villegas

Nota Editorial: Agradecemos a los autores la cesión del original de este artículo para su publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA.

Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-73.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. London: Hogarth Press.
- BRETHERTON, I. & WATERS, E. (Eds.) (1985). Growing points of Attachment Theory and Research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50.
- CHAMBLESS, D.L. & GOLDSTEIN, A.J. (1981). Clinical treatment of agoraphobia. In M. Mavissakalian, D.H. Barlow (Eds.), *Phobia: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1987). *The complexity of the self*. New York: Guilford Press.

- HINDE, R.A. (1982). Attachment; some conceptual and biological issues. In C. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.) *The place of attachment in human behavior*. New York: Basic.
- LIOTTI, G. (1984). *A model of cognitive organization in agoraphobia*. (Paper presented at the 14th Congress of E.A.T.B., Bruxelles. Published in Proceedings of the Congress, Edt. Paul Eallen.
- LORENZINI, R. SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- MANCINI, F. & SEMERARI, A. (1988). I modelli cognitivo costruttivisti dalla sintomatologia nevrotica. *Psicobiettivo*, Gennaio/Aprile.
- MANCINI, F. (1987). Un modello costruttivista di psicopatologia generale. In R. Lorenzini & S. Sassaroli: *La paura de la paura*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- PERA M. (1982). *Popper e la scienza su palafitte*. Bari: Laterza Editore.
- SHAFFER, H.L. (1977). *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic Press.
- SOLYOM, L. & BECK, P. SOLYOM, C. et. al. (1974). Some etiological factors in phobic neurosis. *Journal of Canadian Psychology Association*, 19, 69-77.
- SULLIVAN, B.O. (1984). *Understanding the experience of agoraphobia*. Doctoral Dissertation Department of Psychology. Trinity College, Dublin.
- UGAZIO, V. (1984). Oltre la teoria dell'attaccamento. In H. L. Shaffer. *L'interazione madre-bambino, oltre la teoria dell'attaccamento*. Firenze: Agnelli Editore.
- WINTER, D.A. & GOURNEY, K. (1987). Construction and constriction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 233-244
- WINTER, D.A. (1988). *Personal Construct Psychology and clinical practice*. Beckenham: Croom Helm.



DE LA REVOLUCION COGNITIVA A LA INTERVENCION SISTEMICA EN TERMINOS DE COMPLEJIDAD: LA RELACION ENTRE TEORIA Y PRACTICA EN LA EVOLUCION DE UN TERAPEUTA COGNITIVO

Vittorio F. Guidano
Centro de Psicoterapia Cognitiva
Roma

In this article Dr. Guidano describes the path he has followed in the practice of psychotherapy from behaviourism to rational cognitivism and from that to systemic cognitivism.

Al trazar el perfil evolutivo de las vicisitudes entre teoría y práctica de un terapeuta cognitivo es quizás útil repasar brevemente los aspectos que, al seguir la carrera psicoterapéutica, lo han orientado fuertemente hacia la selección de un orientación específica que en pocos años desembocaría en el congitivismo contemporáneo.

Durante el curso de la carrera de Medicina mis intereses se habían ido centrande, casi exclusivamente, sobre la biología molecular y sobre la investigación pura, carrera que quizás habría empezado si las transformaciones socioculturales ocurridas en el 68 no hubiesen desviado poderosamente mi atención hacia lo "social". Mirar lo social con la óptica de la investigación pura significaba para mí en aquel momento tratar de estudiar científicamente el funcionamiento de base del individuo, o lo que es lo mismo de las unidades elementales de la cual cada fenómeno social me parecía compuesto inextricablemente.

Sin embargo, en el curso de la especialización en psiquiatría, mientras, por un lado, el enfoque médico-organicista académico me dejaba del todo indiferente, por el otro, el énfasis que ponía en la científicidad y el rigor metodológico me impedía cualquier acercamiento hacia el psicoanálisis haciéndome contrariamente aparecer como una especie de prototipo del método que hay que evitar cuidadosamente en todas sus posibles aplicaciones. Esta toma de posición ha desempeñado sin duda un papel crucial en mi formación dado que, para hacer

frente a las críticas que me llovían encima de la mayor parte de mis colegas, me vi obligado a profundizar tanto en la psicología científica de base como en los aspectos epistemológicos que sirven de fundamento al método científico. Por un lado ello me consintió elaborar una férrea metodología de observación que se apoyaba en la aplicación en psicología y psicopatología de la formulación que el positivismo lógico había asumido de la obra de Wittgenstein y del Círculo de Viena (Wittgenstein, 1964); por otro, me enseñó cada vez más a orientarme hacia los temas epistemológicos y metodológicos de fondo en el intento de dar respuestas plausibles a los problemas con que me encontraba al avanzar en la perspectiva con la que me sentía unido. Sólo algún año después me encontré con un pasaje de Popper que expresaba de modo claro y elegante cuanto mantengo desde entonces cada vez que entreevo que mis pretensiones de científicidad (que quedaron más o menos sin modificar desde entonces) pueden ser leídas como “reduccionistas”, es decir como un modo de negar, en último término la existencia de una vida interior: “Yo no niego la existencia de experiencias subjetivas, de estados mentales, de la inteligencia y de la mente, más bien creo que todas estas cosas son extremadamente importantes. Pero pienso que nuestras teorías sobre estas experiencias subjetivas o sobre estas mentes, deben ser a su vez objetivas como las otras teorías. Y por teoría objetiva entiendo una teoría que sea discutible, que pueda ser expuesta a la crítica racional, a ser posible una teoría que pueda ser controlada: una teoría que no apele exclusivamente a nuestras intuiciones subjetivas” (Popper, 1976).

Quedaba, no obstante, el problema de identificar una dimensión en consonancia con las reglas del método científico por medio de la cual desarrollar una perspectiva sistemática de investigación y de vida profesional. El enfoque de la terapia familiar que justo entonces se iba perfilando cada vez más claramente bajo el impulso de los trabajos del grupo de Palo Alto, si bien pudiendo entrar por método en una dimensión de este género, no coincidía, sin embargo, con mi interés que se centraba sobre el funcionamiento de individual. Del examen de la literatura científico-clínica de aquel entonces sólo la psicología experimental que se presentaba bajo el nombre de aprendizaje social (Bandura, 1969) parecía poder entrar en la dimensión metodológica que iba buscando, tanto más cuanto en sus aplicaciones clínicas, configuradas por el corpus doctrinal de la terapia del comportamiento, ponían a disposición métodos de observación y análisis de datos clínicos y de intervención terapéutica alternativos a los psicoanalíticos o a los tradicionalmente en uso en los ambientes académicos.

En pocas palabras, la adhesión al método científico en el estudio de los mecanismos básicos del funcionamiento individual en el marco de la observación psicoterapéutica ha sido sin duda la dimensión evolutiva dentro de la cual ha tomado cuerpo cada vez más la interdependencia dialéctica entre teoría y práctica terapéutica en el curso de mi evolución profesional. Pasaré entonces a describir los aspectos esenciales que caracterizan esta evolución, deteniéndome principalmente tanto en el modo en que la adhesión a una teoría determina una praxis

terapéutica, como en el modo en que esta última retroactúa sobre la teoría de la que depende, modificándola a menudo sustancialmente.

Preliminares de la Revolución Cognitiva

Contemplar al individuo en términos de principios del aprendizaje clásico y operante permitía considerar el comportamiento humano como a una máquina de precisión regulada paso a paso por el juego de las contingencias que las acciones adquirían en el ambiente circundante. Por ejemplo, el modo de actuar de un agorafóbico se veía como una secuencia de comportamientos de evitación frente situaciones temidas que se mantenían en el tiempo en cuanto se asociaban a consecuencias que el paciente valoraba como positivas, es decir el alivio de la ansiedad, y que por tanto las reforzaban (condicionamiento operante); las situaciones temidas (soledad, lugares cerrados y con mucha gente, etc.) se convertían, a su vez, en tales porque en el tiempo se habían asociado en la memoria al recuerdo de perturbaciones anteriores que habían surgido espontáneamente y que acabaron adquiriendo una conexión cronológica con la situación-estímulo que de por sí habría sido neutra (condicionamiento clásico).

En este punto la terapia del comportamiento ponía a disposición un repertorio de técnicas con las que intentar desconectar las contingencias de aprendizaje puestas de manifiesto a través del análisis comportamental llevado a cabo con anterioridad. Se debilitaba la asociación autorreforzante entre evitación y alivio de la ansiedad, adiestrando al paciente a través de una exposición gradual in vivo a las situaciones ansiógenas, mientras se bloqueaba desde el principio cualquier posibilidad de evitación y se insistía sobre los efectos positivos derivados del hecho de ser capaz de afrontar las situaciones temidas; la reactividad neurovegetativa asociada en el tiempo a situaciones neutras, por otro lado, se afrontaba con procedimientos del tipo “desensibilización sistemática” (Wolpe, 1958), es decir, adiestrando al paciente a sumergirse en aquellas situaciones en un estado de completo relajamiento, que al considerar antitético de la ansiedad se suponía que sería capaz de neutralizarla gradualmente. De este modo toda la gama de situaciones problemáticas se afrontaba repetidamente a través de una sucesión gradual pero continuada de desensibilizaciones y exposiciones in vivo.

Los efectos retroactivos de esta praxis terapéutica eran curiosamente chocantes y ambivalentes; por un lado, en efecto, el enfoque teórico que la guiaba salía altamente validado, dado que la mayoría de las veces se obtenían en breve tiempo y de modo a la vez espectacular mejorías consistentes que a menudo se mantenían en el tiempo; por otro lado, sin embargo, afloraba cada vez de forma más persistente una sensación desagradable de discrepancia ya que, basándose en el mismo enfoque teórico, se intentaba llegar a una explicación completa y exhaustiva de cuanto se había podido observar en el curso de la terapia. Además, a menudo aparecía absolutamente claro que la mejoría producida era el resultado de actitudes terapéuticas no-intencionadas o, de todos modos, no directamente

conectadas con la estrategia terapéutica que se llevaba a cabo, signo evidente que, sin darse cuenta, el terapeuta operaba con modalidades que no conocía sobre mecanismos cruciales del paciente que no era capaz de describir.

Por ejemplo, una situación significativa fue la que se produjo con un paciente gravemente agorafóbico desde hacía veinte años, que después de toda una serie de tratamientos infructuosos se me había enviado como a último recursos. Mientras llevaba a cabo el análisis de la secuencia de refuerzos que mantenían los comportamientos críticos, trataba por todos los medios de crear una situación ambiental lo más favorable posible para facilitar al paciente la exposición gradual in vivo a las situaciones temidas de que me hablaba. En esta óptica pensé que los continuos litigios con la mujer, por él provocados con una actitud explícitamente agresiva, pudieran interferir negativamente con el programa que intentaba poner en práctica en la siguiente sesión. En los últimos minutos de la sesión pedí al paciente que tratase de atenerse escrupulosamente a la siguiente prescripción comportamental: podría decir a la mujer todas las cosas desagradables que quisiera con la condición que al mismo tiempo le pasase el brazo por la espalda. La intención era simplemente inhibir o al menos reducir su agresividad elicitando una actitud hacia ella antagonista y al mismo tiempo amortiguar la reacción de la mujer ante sus provocaciones.

La semana siguiente quedé de inmediato impresionado cuando, sin ninguna indicación previa por mi parte, lo vi llegar solo por primera vez a la consulta; y fue creciendo mi asombro a medida que, en el curso de la sesión, lo escuchaba afirmar con entusiasmo que alguna cosa había cambiado radicalmente en él y que ahora se sentía capaz de volver a ir por la calle solo como en otros tiempos. Mientras me hablaba los ojos se me iban de tanto en tanto hacia el programa de exposición gradual que había preparado cuidadosamente para él y que ahora me parecía superfluo sin saber por qué. Al día siguiente me llamó la mujer para darme las gracias por el período de serenidad y felicidad conyugal de que estaba gozando con el marido, período que una semana antes le habría parecido absolutamente impensable. Era pues evidente que algo había cambiado no solo en él sino también en su situación matrimonial y que por tanto las dos cosas debían de estar de alguna forma estrechamente relacionadas entre sí aunque yo no entendía cómo. Sin embargo, lo que me resultaba particularmente frustrante era no lograr ni siquiera imaginar cómo aquello que para mí era simplemente un truco para calmarlo un poco hubiese podido desencadenar cuanto había sucedido.

En pocas palabras, casi dos o tres años de práctica conductista habían hecho cada vez más insalvable la discrepancia entre la parafernalia de técnicas comportamentales, cuyos resultados eran cuanto menos alentadores y el limitado poder explicativo de los principios del aprendizaje sobre los cuales tales técnicas se basaban. Si se sometían a examen estas discrepancias resultaba evidente que actividades cognitivas como expectativas, memoria, pensamiento, etc, debían desempeñar un papel crucial en la mediación de la respuesta comportamental al

estímulo ambiental, hecho demostrado también por el uso masivo de la imaginación en las técnicas comportamentales aunque los principios del condicionamiento clásico y operante no lograsen justificar en modo alguno su utilización.

La crisis del conductismo, más discutido en la teoría que en la práctica, aunque se hacía cada vez más neta e irreversible, iba acompañada por otra parte de un notable entusiasmo por la gran ráfaga de novedad que se vislumbraba en el horizonte. A principio de los años 70, y gracias a la teoría de la información y a la cibernética, la psicología básica científica se ocupaba cada vez más del lenguaje, de los procesos analíticos del pensamiento, de la imaginación, de la resolución de problemas, etc, aportando toda una serie de datos que permitían entender que la elaboración de la información ambiental estaba a la base tanto de las emociones como de las acciones manifestadas por un individuo en una situación dada.

La llamada “Revolución Cognitiva”

Tales expectativas no fueron en vano y la revolución cognitiva que se llevó a cabo en aquellos años condujo a una concepción del hombre esencialmente diversa de la de un animal “hedonístico” cuyo comportamiento era regulado estrictamente por el juego alternativo de premios y castigos. Una metáfora muy en voga en aquel tiempo paragonaba el comportamiento de cada ser humano al de un científico, es decir, así como toda la actividad de estudio o de investigación de un científico está coordinada y dirigida por la teoría científica seguida por él, del mismo modo el comportamiento de un individuo está regulado y dirigido en cada momento por la teoría de sí y del mundo que le rodea (Mahoney, 1974). A su vez, la teoría de sí y del mundo del sujeto se considera como un sistema de creencias ordenado jerárquicamente que guía tanto las acciones como las emociones, y que funciona como el programa de un ordenador, que una vez introducido determina casi completamente cualquier tipo de output que ejecuta la máquina. En una palabra, así como el programa de un ordenador depende de un orden lógico-matemático externo sobre el que se basa, en el mismo sentido la teoría de sí y del mundo de un sujeto depende de un orden externo objetivo y unívoco, que implica en sí mismo el sentido de las cosas, sobre el que tal teoría basa su validez y fundamento.

La representación de sí y del mundo es el resultado de un proceso cognitivo caracterizado por una direccionalidad que va de lo externo a lo interno, esto es de la realidad al sujeto. La elaboración de los datos sensoriales, que está en la base del sistema jerárquico de creencias es el fundamento mismo de cada posible representación. La validez de un sistema de creencias individuales se define por la objetividad y univocidad del orden externo que, a su vez, se equipara con los axiomas lógicos de la racionalidad. En otras palabras, el conocimiento proviene de los sentidos y tiene validez en tanto que racional.

El paso al plano clínico-terapéutico resultaba bastante inmediato. Si el conocimiento individual es, en último término una copia interna más o menos

correspondiente con el orden externo del que deriva, la psicopatología coincidirá con el grado de no-correspondencia con el orden objetivo de las cosas; por otra parte, cualquier modificación del sistema de creencias individuales que lo lleve a estar más en consonancia con los axiomas de la racionalidad, será comparada con una mejoría sintomática, dado que coincidiría con un mayor grado de correspondencia con aquel mismo orden. Se supone que las emociones perturbadoras dependen de otras creencias irracionales, y que modificando estas últimas cambiarán también las primeras (Schachter y Singer, 1962). El eje de la estrategia terapéutica consiste, por tanto, en la reconstrucción a través de un análisis cognitivo cuidadoso del sistema de creencias del paciente y, después de haber identificado las irracionales y señalado la conexión que tienen con las acciones y emociones correspondientes, proceder a una reestructuración sistemática (Beck, 1976; Ellis, 1962; Kanfer y Goldstein, 1975; Meichenbaum, 1977). Hacia la mitad de los años 70, esta actitud terapéutica produjo una explosión de entusiasmo considerable y una notable curiosidad hacia todo aquello que era “cognitivo” o “interno”; por un lado, el hecho de colocarse por encima de la posición conductista hacía vislumbrar paisajes hasta entonces insospechados, mientras que por otro, era un poco como violar, finalmente, la famosa “caja negra”, rodeada durante mucho tiempo de incitantes misterios.

Sin embargo, después de casi tres años de práctica cognitiva comenzó nuevamente a aflorar una sensación, cada vez más enojosa de discrepancia entre la lógica lineal del planteamiento teórico y la multiforme complejidad que la práctica terapéutica acaba después por imponer. Cabe decir, por otro lado, que la familiaridad con el análisis cognitivo permitía ahora entrar en contacto con fenómenos y con procesos que ya no se podían descuidar por considerarlos “mentalistas”, como ocurría en tiempos del conductismo, y esto agudizaba todavía más la discrepancia. Se veía cada vez más claro, por ejemplo, que la elicitación de emociones implicantes por su intensidad y su cualidad en el curso de la relación terapéutica era capaz por sí mismo de producir cambios significativos, sin que fuese necesaria la intervención de técnicas codificadas de reestructuración cognitiva, y esto era difícil de explicar de acuerdo con el planteamiento habitual.

Me viene frecuentemente a la memoria el recuerdo de una grave paciente anoréxica que mejoró de una forma notable y persistente con una total remisión sintomatológica, inmediatamente después de haber tenido una violenta discusión conmigo como conclusión de una extenuante situación competitiva y antes aún de que hubiese podido llevar a cabo el análisis de su sistema de creencias.

Otro aspecto que saltaba cada vez más a la vista era que al continuar actuando sobre secuencias más o menos aisladas de creencias, emociones y acciones nos hallábamos en situación de no poder explicar la continuidad y coherencia internas exhibidas por cada sistema cognitivo individual, tanto en el interior de los varios campos de experiencia como en el curso de las transformaciones que se producen en el ciclo de la vida. En otras palabras, parecía que el significado personal en la

base de un sistema de creencias individuales, a diferencia de las creencias concretas, fuese mucho menos susceptible de transformaciones significativas y tendiese a permanecer inalterable aun a despecho de cambios consistentes.

Puede resultar ejemplar el caso de un paciente que había iniciado decenios atrás un cuadro agorafóbico clásico y que se había ido progresivamente estabilizando en una actitud hipocondríaca que parecía global e impenetrable. Sostenía creencias sobre la enfermedad de tipo absolutamente delirante que lo invadían completamente no dejándole espacio para ninguna otra actividad, incluido el sueño; no era accesible a ningún tipo de discurso que no versara sobre enfermedades, medicinas, pronosis, etc, y resultaba del todo imposible poder hablar en términos de pensamientos, intenciones, sensaciones o emociones. Como la mayor parte de los agorafóbicos estaba absolutamente convencido de tener una enfermedad orgánica, de naturaleza genética y todavía desconocida por los médicos y que si el mal no acaba antes con él, al final sería capaz de demostrar, con pruebas en la mano, que sus anomalías o singularidades no eran sólo sofismas o, como decía el con una sonrisita irónica, “problemas psicológicos”. Aunque con mucha reticencia acepté finalmente ocuparme de él, presionado por el colega que me lo había derivado y por la reiterada insistencia del paciente que había tomado el consejo del colega como un indicio preocupante de un tipo de enfermedad en la cual no había jamás pensado, a saber, la mental.

Fue un trabajo extenuante que se prolongó por algunos años más por su obstinación en querer proseguir que por mi convicción de que pudiese servir de algo. Sin embargo, contrariamente a mis expectativas, y por mecanismos que todavía hoy me serían difíciles de explicar completamente, después de casi tres años asistí a un cambio en verdad sorprendente. No sólo no hablaba más ni de enfermedades ni de medicinas, sino que había vuelto a trabajar y a tener intereses, había iniciado felizmente una nueva relación y lo que era más importante todavía —al menos para mí— hablaba de sí mismo en términos de estados de ánimo, intenciones, etc. Comenzamos a vernos de forma más distanciada, entre otras razones porque estaba muy implicado en actividades y proyectos de vida que la exigía su nueva relación afectiva. Varios meses después me vino a ver “para charlar un poco”, como decía a menudo, y en un momento dado la conversación derivó hacia un intenso estado de conmoción que había experimentado algunas noches antes cuando se quedó solo viendo una película que acababa de comprar; conmoción que había vuelto a sentir cuando días después había sentido la necesidad de volverla a ver. Quedé obviamente gratamente sorprendido por encontrarme frente a un hombre con una gran sensibilidad personal a la cultura de su tiempo que antes jamás hubiera sospechado y. Sólo por darle forma de poder expresar lo que había experimentado, le pedí que me hablara de la película. A medida que iba quedando claro lo que tanto le había conmovido, experimentaba el efecto de una ducha de agua fría. El protagonista de la película había puesto de manifiesto el tema de fondo que aún permanecía en su vida: este personaje, que

había sido boicoteado y escarnecido por todos durante toda su vida a causa de sus extrañezas e idiosincrasia, al final se moría entre la comprensión y el arrepentimiento de todos, ya que en el lecho de muerte se descubría que siempre había tenido una enfermedad hereditaria degenerativa.

Las consideraciones que de este modo se podían extraer ponían de manifiesto que “la caja negra” era mucho más compleja de cuanto no dejase suponer el entusiasmo inicial. Esta complejidad, por otra parte, se iba confirmando a través de la psicología cognitiva experimental que, iba elaborando, al mismo tiempo, modelos cada vez más sofisticados y multiniveles de razonamiento abstracto, resolución de problemas, procedimientos de toma de decisiones, etc. Todo ello ponía todavía más de relieve que frente a una actividad cognitiva poliédrica y pluriarticulada el único instrumento terapéutico codificado continuaba siendo, en el fondo, el de la persuasión. Así es cómo aparecían las técnicas de reestructuración racional sistemática a la luz de la psicolingüística estructural y constructivista que iba configurándose cada vez más por aquel entonces.

Nuevamente debía cambiar de actitud aunque estaba claro que esta vez, a diferencia de lo acaecido un año antes en el tiempo de la crisis conductista, no era posible continuar ni ampliar aquel mismo paradigma empirista-asociacionista que hasta entonces había servido de punto de referencia. En primer lugar, era evidente que el paradigma empirista se había llevado hasta sus límites máximos, más allá de los cuales su estructura misma no se habría podido sostener. Como se dice en la jerga colorista de la vida cotidiana, “se había restregado el fondo de la olla”. En segundo lugar, el problema no era el de introducir esta o aquella novedad para lograr explicar esta o aquella anomalía, sino que se veía por el contrario, la necesidad de modificar conceptos básicos como “organismo”, “conocimiento”, “realidad”, “objetividad”, etc.

Así, al final de los años 70, me encontré en una situación semejante a la experimentada años atrás cuando, comenzando a trabajar como terapeuta, me había visto obligado a profundizar en argumentos y métodos para desarrollar una metodología alternativa a la psicoanalítica. Aunque si bien con otra perspectiva y bajo la influencia de otras experiencias, también ahora me veía obligado a dedicarme a los temas epistemológicos de fondo, y en particular a revisar los axiomas básicos del planteamiento empirista tradicional que hasta entonces había impregnado toda la psicología científica.

Cognitivismo Sistémico

La perspectiva básica del empirismo es que existe una realidad externa, única y objetivamente dada y que un observador imparcial, en base a las impresiones sensoriales que recibe (correspondientes a una especie de “instantáneas” de esta realidad), puede llegar a reconstruir como tal el orden objetivo en el que vivimos. Esta imparcialidad del observador corresponde en la práctica a una pasividad suya en la interacción con el mundo, puesto que en esta óptica cada organismo acaba por

ser considerado simplemente como “respondiente” a un orden externo en el que viene dado ya objetivamente el sentido de las cosas y que define unívocamente el significado de un input antes de que el organismo lo reciba.

De todos modos, si se consideraban con la debida atención los datos ofrecidos por la convergencia interdisciplinar producida al final de los 70 entre Teoría de Sistemas, 2ª cibernética, termodinámica irreversible, ciencia cognitiva, epistemología evolutiva, etc. se llegaba casi inevitablemente a un cambio radical de la noción de realidad y de organismo, y, en consecuencia, a un cambio en la relación observado-observador (Bocchi e Ceruti, 1986; Weimer, 1979).

Lejos de parecer unívoca y objetivamente dada una vez por todas, la realidad aparece, al contrario, como una red de procesos estrechamente interconectados entre ellos y articulados a niveles múltiples de interacción, los cuales, si bien simultáneamente presentes, son irreductibles entre sí. El observador, por otro lado, no se halla ya más en la posición privilegiada e imparcial de quien, siendo externo al objeto que observa, puede captar objetivamente sus características y propiedades. Al contrario, con su observación introduce un orden en esta red de procesos interconectados, gracias a la cual las posibles ambigüedades inherentes a las interacciones múltiples y simultáneas que se producen, adquieren, en cambio, a sus ojos características de univocidad y necesidad. En otras palabras, cada observación, lejos de ser externa y por tanto “neutra” es, por el contrario, *autorreferencial*, se refleja siempre a sí misma; esto es, traduce más bien el orden perceptivo sobre el que se basa, que la cualidad intrínseca del objeto percibido.

Este cambio sustancial en la perspectiva observador/observado, que subraya el papel activo y constructivo del observador, lleva consiguientemente a un reformulación de la noción de organismo, cuya autonomía se define en términos de capacidad de autoorganización y de mantenimiento de la propia identidad del sistema. Lejos de ser el mero reflejo de un orden externo, la organización de la realidad en un conjunto de regularidades previsibles y por tanto comprensibles consiste, en cambio, en la construcción autorreferencial de un sistema que, al plasmar precisamente su orden en el interior de un fluir de estímulos continuamente mutables y multiformes, define al mismo tiempo su individualidad e identidad como sistema. Por tanto, en la construcción de aquella ordenación de la realidad que llamamos “experiencia”, los procesos cognoscitivos tienen un papel absolutamente central. Si bien, como la epistemología evolutiva ha puesto muy bien de manifiesto, el conocimiento no es sólo actividad cognitiva, ligada al pensamiento y por tanto a la lógica y a la racionalidad, sino también, y sobre todo, actividad motora y emocional, y por tanto vinculada a mecanismos tácitos y analógicos.

La lógica autorreferencial que regula la autoorganización de un sistema cognoscitivo individual, dirige también su mantenimiento a través del ciclo vital; gracias a la capacidad de transformar las perturbaciones provenientes de la interacción con el ambiente en informaciones significativas respecto a la organización de la experiencia, la adaptación del sistema se identifica no tanto con el

logro de un equilibrio estático y circular de tipo homeostático, sino más bien con un proceso de direccionalidad progresiva, de mantenimiento de la coherencia interna que tiene lugar a través de un continuo cambio del punto de equilibrio inicial.

El flujo temporal de un sistema cognoscitivo individual aparece, entonces, como un proceso abierto de incesante asimilación de experiencia caracterizado por la emergencia discontinua, a través del ciclo vital, de niveles más estructurados e integrados de conocimiento de sí mismo y del mundo. La aparición de niveles más estructurados de conocimiento es siempre el resultado de la asimilación de desequilibrios y discrepancias producidas en el curso de la experiencia, mientras que la cualidad de la reorganización del significado personal resultante depende del modo en que tales discrepancias han sido integradas.

El nivel de conciencia que un sistema tiene del propio funcionamiento juega, por tanto, un papel crucial en la dirección de un proceso de reorganización orientado al crecimiento personal o al estancamiento existencial más o menos plagado de trastornos emocionales. Por tanto los “síntomas” que un sistema puede presentar en una fase cualquiera de su ciclo vital deben ser considerados en relación a procesos cognoscitivos, que ponen de manifiesto los intentos de cambio infructuosos, derivados de un nivel de conciencia reducido y/o equivocado que impide una plena y coherente asimilación de la experiencia personal. Este modo de concebir el sistema cognoscitivo individual permite extraer una “teoría” de la intervención terapéutica cuyas líneas básicas se diferencian claramente del cognitivismo tradicional.

En el enfoque cognitivo clásico, concebido básicamente desde la perspectiva de la edad adulta como meseta homeostática, el cambio terapéutico se entiende fundamentalmente como una recuperación del equilibrio adaptativo, anterior al inicio de la sintomatología. Tal recuperación coincide sustancialmente con un aumento de la capacidad de autocontrol frente a las emociones perturbadoras y con el desarrollo de actitudes más “racionales” frente a situaciones críticas, obtenido a través una crítica estricta y sistemática de las creencias “irracionales” puestas de manifiesto por el paciente durante el análisis clínico.

En los planteamientos cognitivos de orientación sistémica, en los que el ciclo de vida se ve esencialmente como direccionalidad progresiva del conocimiento individual, la cuestión básica referida al cambio se orienta hacia una reformulación de este tipo: ¿en qué modo puede ser modificada la conciencia que el paciente tiene del propio funcionamiento de forma tal que, prosiguiendo su direccionalidad progresiva, pueda asimilar el desequilibrio producido desplazándose hacia un equilibrio más dinámico e integrado, que todavía no existe en ese momento? (Guidano, 1987, 1988; Mahoney, 1980, 1985; Reda, 1986; Rice y Greenberg, 1984). A esta estrategia terapéutica corresponde una metodología que se contrasta de la clásica en dos aspectos fundamentales: el abandono por parte del terapeuta del papel de observador privilegiado, imparcial y objetivo, lo que

comporta una renuncia al primado de la racionalidad, y la prosecución de comprensión por parte del paciente de la dinámica de su significado personal, más que la persuasión obtenida a base de enfrentamientos dialécticos o de estrategias relacionales o conductuales.

En el cognitvismo clásico la racionalidad se considera como un conjunto de axiomas normativos de valores universales que configuran el orden externo, unívoco y objetivo, gracias al cual se hace posible evaluar el grado de problematidad e inconsistencia de cualquier comportamiento analizado. El terapeuta, como depositario y garantía precisamente de tales axiomas, puede situarse ante la relación terapéutica con un rol privilegiado que le permite criticar “objetivamente” la irracionalidad de la conducta del paciente, mientras sugiere de diversos modos creencias y comportamientos más racionales. En otras palabras, aceptando la perspectiva de un orden externo, objetivo e inmutable para todos, que gobierna de modo unívoco el desarrollo y el sentido de las vicisitudes humanas, la relación terapéutica se convierte en un instrumento de orden más bien que un instrumento de exploración personal gracias al cual el paciente pueda ser capaz gradualmente de recoger, a través de la aparente insensatez de las emociones desagradables que experimenta, las reglas que gobiernan la rígida coherencia de su significado personal. Uno de las sensaciones más desagradables que experimentaba al principio de mi trabajo como cognitivista era precisamente el hecho de tener que comportarme como un depositario de la verdad, derivada de esta actitud terapéutica, y de hecho las terapias cognitivas clásicas acababan siempre por transformar la relación con el paciente en una especie de curso didáctico con impronta científica, filosófica o pedagógica según la tendencia personal del terapeuta.

Por otra parte, si la organización de la realidad en la experiencia personal es una construcción autónoma por parte del sistema, se desvanece cualquier pretensión de identificar puntos de vista objetivos y externos, capaces de evaluar el grado de validez de los comportamientos observados. Más que una entidad absoluta que permita juzgar una actitud en sí misma, independientemente de cualquier punto de vista, la racionalidad tiene, por el contrario, una naturaleza intrínsecamente relativista en cuanto permite definir el grado de adecuación al objetivo de una actitud dada, siempre que se refiera al significado personal específico que lo ha producido y del que forma parte. Si se la considera desde una óptica evolutiva, la racionalidad aparece como una propiedad emergente de los sistemas autoorganizados, conectada desde el principio con la elaboración de reglas de acción, capaces de producir comportamientos orientados a un fin, cada vez más eficientes y a prueba de errores. Si, por tanto, la racionalidad es esencialmente “acción”, no puede de ningún modo referirse a categorías lógicas del tipo “verdadero” o “falso”. La racionalidad evidencia simplemente la autorreferencialidad de los procesos de adaptación, dando a entender que la adaptación misma consiste no tanto en el logro de un objetivo “justo” o “verdadero” en sí mismo, sino más bien de un objetivo cuya posible utilidad es tal, sólo a los ojos del sistema en cuestión.

Resulta evidente, por tanto, que para obtener un cambio terapéutico significativo un terapeuta cognitivo orientado en un sentido sistémico no puede limitarse sólo a jugar el rol del “persuasor oculto”, que induce comportamientos más adaptativos a través de prescripciones comportamentales, imposiciones o prescripciones paradójicas, etc. Al contrario, dado que el logro por parte del paciente de una comprensión más cuidadosa y exhaustiva del propio funcionamiento representa la variable crucial, capaz de permitirle una asimilación más adecuada de la experiencia problemática producida, el terapeuta no se interesa ya por inducir en el paciente modificaciones comportamentales o relacionales, que se produzcan “fuera de su conciencia”. Por tanto, dado que el objetivo no es tanto que el paciente cambie de creencias a cualquier precio, si no más bien que sea consciente de su modo de elaborarlas, ya desde el primer momento el terapeuta orientará la atención del paciente hacia la reconstrucción y comprensión gradual de las reglas sintácticas de base que gobiernan los aspectos invariantes de las emociones y de las representaciones críticas.

Si al principio de la terapia esta estrategia se llevaba hacia adelante mediante técnicas de auto-observación, prevalentemente focalizadas sobre el “hic et nunc”, a medida que se procede a la comprensión, ésta se extiende hasta la reconstrucción de la historia de desarrollo personal. Hacer recorrer varias veces al paciente su historia de desarrollo es, sin duda, el proceso que permite obtener el mayor nivel posible de distanciamiento y descentramiento frente a ciertos esquemas emocionales y cognitivos fuertemente conectados con el propio sentido de sí. Los nuevos niveles de conciencia, que de este modo gradualmente se generan, experimentan ulteriores reorganizaciones de los datos del pasado que, a su vez, crean ulteriores procesos de comprensión y así sucesivamente. En otras palabras, el terapeuta actúa sobre la memoria del paciente (es decir, sobre las modalidades con las que este último ha seleccionado y ordenado los propios acontecimientos de su vida, extrayendo de este modo un significado personal, específicamente consistente con su coherencia interna), activando el reordenamiento y la reestructuración de esquemas críticos de la memoria (Bara, 1984).

Esta sucinta exposición de los temas de fondo de la estrategia terapéutica del cognitivismo sistémico puede servirnos ahora como marco referencial para configurar los problemas aparecidos en estos últimos años de práctica clínica de esta orientación teórica. Apenas es necesario señalar que, en el momento en el que esbozo estas reflexiones, esta fase teórica no ha sido superada todavía por una ulterior elaboración que permita verla desde otro punto de vista, razón por la cual se trata simplemente de una expresión de la evolución que está siguiendo el cognitivismo sistémico. Me limitaré a subrayar algunos aspectos que me interesan de modo particular; dos problemas: el del cambio terapéutico y el de la conciencia, que irán adquiriendo con toda probabilidad, formas cada vez más definidas en el próximo futuro.

El problema del cambio

El aspecto más inquietante detectado en estos años de práctica sistémica se puede plantear sin duda como la percepción de una falta de correspondencia directa entre el tipo de estrategias utilizadas y la cualidad y las modalidades de reorganización personal que se producen; si bien, por otro lado, no caben dudas de que la intervención terapéutica ha desencadenado de alguna manera el proceso que ha llevado a la reorganización. En un agorafóbico, por ejemplo, sería difícil hacer ver una correlación entre el contenido de la explicación referente a las emociones críticas, ligadas a la soledad y a la sensación de constricción a las que se ha llegado, a la vez que se construía el método de auto-observación transversal y longitudinal, y el tipo de reorganización que tiene como objetivo el tema “deber ser de todas formas libre en un mundo restringido y amenazante”, que queda como hilo conductor de su significado personal. Resulta cada vez más evidente, por otro lado, que las perturbaciones emotivas derivadas de la relación terapéutica, especialmente en el caso de una implicación “positiva” por parte del paciente, juegan un papel absolutamente fundamental en la facilitación de aquellas modificaciones del nivel de conciencia, que permiten al paciente reorganizarse elaborando una descripción alternativa de sí mismo.

El intento de llegar a una explicación más exhaustiva de estos aspectos controvertidos y aparentemente contrastante me ha llevado por el momento a plantear el problema en estos términos (Guidano, en prensa). Para la obtención de un cambio terapéutico parece indispensable la presencia simultánea de dos procesos básicos, aunque variables por estructura e intensidad: a) un efecto discrepante (derivado de la explicación ofrecida por el terapeuta) capaz de desencadenar una modificación apreciable del punto de vista que el paciente tiene habitualmente de sí mismo; b) un nivel apreciable de implicación emotiva en la relación terapéutica. Veámoslos un momento más de cerca para aclarar mejor el modo en que se correlacionan.

a) La eficacia terapéutica de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta, más que del contenido específico, depende del grado de discrepancia que presentan respecto a la percepción habitual que el paciente tiene de sí mismo. Al contrario, por tanto, de lo que tradicionalmente se supone, el efecto crucial no se produce a través de una transmisión de datos de conocimiento mejores o más racionales, sino más bien a través de una especie de reestructuración en la percepción de sí mismo, como intento de asimilar e integrar una perturbación sentida como significativa, incluida en el interior de un setting emocional importante. Aún así, aunque la disponibilidad de explicaciones o reformulaciones del caso es una condición necesaria para desencadenar una perturbación crítica, esta, no es suficiente por sí misma para iniciar un proceso de reorganización.

b) Un nivel apreciable de implicación emocional en la relación terapéutica pone al paciente en la situación de no poder evitar de ningún modo el enfrentamiento con un punto de vista crítico y alternativo, obligándolo más bien a una

autorreferencialidad global e inmediata desde la que se origina el sentido mismo de discrepancia. En otras palabras, a parte de su contenido específico, una explicación crítica puede ejercer un efecto discrepante en función del nivel de autorreferencialidad permitido por el contexto relacional y emocional que se ha ido estructurando.

Por otra parte, no hay que suponer que la necesidad de la implicación emocional sea algo exclusivo del paciente. La psicolingüística del último decenio ha puesto de manifiesto el papel crucial que, en la mayoría de los casos, juega la implicación emocional, tanto en la estructuración de los actos lingüísticos como en el grado de eficacia que estos acaban por asumir en el setting comunicativo (Habermas, 1986). A parte del contenido de la transacción en acto, solo un esfuerzo emocional específico por parte del "speaker" (el que habla) puede garantizar que esté dispuesto a sacar todas las consecuencias contenidas en la oferta que propone y sólo esto hace creíble la oferta en el "audience" (el que escucha) que la recibe. En este sentido la implicación del terapeuta en el setting terapéutico constituye precisamente la variable crítica que, al hacer "creíble" la explicación ofrecida, activa en el paciente la dimensión de autorreferencia inevitable y obligada a la que nos hemos referido.

La perspectiva clínica, que surge de este modo de plantear el problema del cambio, se materializa en el papel del terapeuta como perturbador "estratégicamente orientado", es decir, de alguien que, mientras "técnicamente" intenta modificar los patrones de conciencia del paciente en el seno de la estrategia que lleva a cabo, está sumamente atento a la utilización de las variaciones emocionales que observa para facilitar la comprensión y la asimilación de cuanto se va reconstruyendo gradualmente. De esta forma, y al menos de momento, el papel del terapeuta resulta más bien trabajoso dado que, a la vez que atiende a los aspectos emocionales que aparecen en la interacción con el paciente, debe también tener en cuenta sus propias oscilaciones emocionales, las que modulan su percepción y comprensión de la problemática del paciente. Estas oscilaciones, sin embargo, si bien iniciadas por la interacción con el paciente no son tanto informativas de este último, cuanto más bien del funcionamiento del terapeuta y, en definitiva del modo en que esto influye en la definición misma de la realidad terapéutica.

El problema de la conciencia.

El énfasis puesto sobre el rol que la conciencia ejerce en el desarrollo y la calidad de las transformaciones que tienen lugar en el curso del ciclo vital, al menos al principio de la fase sistémica, iba acompañado de la desconfianza de que este énfasis pudiese corresponder básicamente a ver en la conciencia la legítima heredera de la racionalidad. En la práctica que se pudiese traducir en una actitud terapéutica orientada a la inducción a ultranza de la conciencia en cuanto tal, repropuesta como la panacea según la cual en el fondo hay "un mundo en el que las cosas son como son". La renuncia al rol de observador privilegiado en la

relación terapéutica junto a una metodología de investigación sistémico-procesual permite por un lado, ahuyentar esta duda, pero por el otro, pone de manifiesto a la conciencia la conexión de toda una serie de problemas no tan fácilmente previsibles inicialmente.

El análisis detallado de las modificaciones del nivel de conciencia provocadas por un setting terapéutico sistémico, ha permitido comprobar que la conciencia no es más que uno de los procesos con los que un sistema construye una representación de sí mismo, apta para incrementar su eficacia adaptativa. Tal representación está regulada por la misma lógica autorreferencial sobre la que se basa el sistema entero y, por tanto, no corresponde tanto a una imagen de sí “justa” o “verdadera” (indicadora de lo que el sistema es en sí) sino más bien a la imagen necesaria para el mantenimiento de la coherencia interna y, por tanto, orientada a poner menos de manifiesto las contradicciones y las discrepancias del significado personal. En pocas palabras, la introspección no lleva a la elaboración de una especie de “sí mismo objetivo”, visto más o menos de forma atenta desde fuera, en cuanto corresponde a un continuo proceso de retoque y recomposición de los datos con el fin de, en primer lugar, estabilizar el sentido de sí en curso y, eventualmente, articularlo ulteriormente.

Desde una óptica autorreferencial y relativista se convierten quizás en más comprensibles los efectos contradictorios que a menudo se ven aflorar en el tiempo, tanto en el plano cognitivo como en el emocional, después de haber llegado a una modificación del nivel habitual de conciencia del paciente.

A nivel cognitivo, el cuestionamiento de los aspectos propios con la reorganización de la percepción de la realidad que a menudo comporta, pone de manifiesto nuevos sectores críticos en la experiencia del paciente, haciendo aparecer el curso de un ciclo de vida individual como un continuo “desplazamiento problemático”, en el que a cada incremento de conciencia corresponde la aparición de nuevos sectores de ignorancia.

Por lo que se refiere al plano emocional, el aflorar de nuevos niveles de conciencia se acompaña casi por regla general de un aumento del sentido de ambigüedad en la percepción de sí y del mundo, conectado en diversas medidas con la aparición de otras emociones complejas y perturbantes, como el aburrimiento, el sentido del absurdo y de la inutilidad, etc. Todavía no está claro de qué manera el aumento de conciencia facilita el aflorar de tales emociones, aunque parece evidente que el fenómeno se halla de algún modo correlacionado con el atenuarse del sentido de la inmediatez en la percepción de sí y de la realidad, precisamente cuando tales percepciones, al entrar en la conciencia, se convierten en objeto de su atención.

En el curso de los últimos años resulta cada vez más evidente la necesidad de proceder con cautela en llevar hacia adelante una estrategia dirigida a modificar los niveles de conciencia habituales. El terapeuta debe procurar actuar sólo en aquellos sectores de experiencia que se revelen críticos en base a una previa

reconstrucción de los temas de fondo del significado personal del paciente, absteniéndose de intervenir a ultranza en otros sectores, a pesar de que sus concepciones de vida puedan parecerle mejores y más adecuadas a las mantenidas por el paciente. Por otra parte, incluso en el área de los sectores críticos mismos, sería conveniente no proceder indiscriminadamente con el fin de conseguir un conciencia a cualquier precio, sino estar dispuestos más bien a situarse en el umbral mínimo de modificación en la percepción de sí para facilitar en el paciente una asimilación lo más ajustada posible a su problemática. Todo esto exige por parte del terapeuta una conciencia de la delimitación que media entre sus propias concepciones sobre sí mismo y la realidad y la dinámica evolutiva autónoma y coherente del significado personal del paciente.

Quisiera subrayar, para finalizar, que en los últimos años, y gracias a la superación del papel de observador privilegiado por encima de las partes atribuido al terapeuta, han florecido toda una serie de estudios referentes al terapeuta como persona (Guy, 1987). Se trata de estudios longitudinales en los que, a parte las motivaciones implicadas en el hecho de escoger la profesión de terapeuta, se busca examinar particularmente los efectos sobre la persona que puede comportar el ejercicio habitual y a tiempo completo de la profesión de terapeuta. De la mayoría de los datos se deduce que las emociones y los estados de ánimo más perturbadores están relacionados, también en los terapeutas, con el aumento de conciencia y que, por otra parte, tal aumento de conciencia parece ser parte integrante del trabajo psicoterapéutico, precisamente como hacer de barnizador comporta como mínimo un bronquitis irritativa por inhalación de vapores químicos. Se trata de una conciencia, por otra parte, que es resultado de una dinámica bastante peculiar. Por un lado el terapeuta entra en contacto con una cantidad desmesurada de vivencias e historias humanas que no pueden dejar de traducirse en una conciencia más profunda de la vida y de sus reacciones frente a esta; por otro, sin embargo, la conciencia que se obtiene así es "vicaria", es decir, más que sobre una experiencia directamente vivida se basa sobre experiencias vicarias extraídas de la vida de otras personas y como tales más susceptibles de intensificar el aflorar de emociones complejas y ambiguas. Este estado de cosas resulta todavía más agudo hoy todavía de lo que lo fuese en el pasado, puesto que el cambio radical producido en la relación observador/observado ha terminado por cuestionar al propio terapeuta de una forma hasta hace poco tiempo impensable. Si un terapeuta renuncia a sentirse garantía de un principio de objetividad, entrando de esta forma en el juego de la autorreferencialidad, entonces la referencia a la propia experiencia personal se convierte en continua y presionante, en cuanto detrás de cada organización que llegue a vislumbrar no dejar de darse cuenta del perfil de sus categorías perceptivas y emocionales de las que depende el orden.

Estos son los aspectos esenciales que en este punto de mi evolución personal como terapeuta me han hecho ver la relación entre cambio y conciencia en el curso del ciclo de vida como un punto de contacto crítico cuya profundización nos podría

revelar aspectos todavía imprevisibles, capaces de conducirnos a otro nivel de comprensión respecto al cual el cognitivismo sistémico nos podría quizás parecer evidente y banal. Es lo que espero pueda acaecer en el curso de los próximos años.

En este artículo el Dr. Guidano repasa las vicisitudes de su propia trayectoria intelectual en la práctica de la psicoterapia, desde el conductismo al cognitivismo racionalista y de éste al cognitivismo sistémico.

Nota Editorial: El texto original de este artículo nos ha sido cedido por el autor y traducido por María José Pubill y Manuel Villegas.

Referencias bibliográficas

- BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- BARA, B.G. (1984). *Modifications of knowledge by memory processes*. In REDA, M.A., MAHONEY, M.J. (eds.) *Cognitive Psychotherapies*. Cambridge: Ballinger.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BOCCI, G. & CERUTI, M. (Eds.) (1986). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1988). Affective change events in a systems-process oriented approach to cognitive therapy. In J. SAFRAN & L. GREENBERG (Eds.) *Emotion and the process of therapeutic change*. New York: Guilford Press.
- GUY, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- HABERMAS, J. (1986). *Teoria dell'agire comunicativo*. Bologna: Il Mulino.
- KANFER, F. & GOLDSTEIN, A. (Eds.) (1975). *Helping people change*. New York: Pergamon.
- MAHONEY, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- MAHONEY, M.J. (Ed.) (1980). *Psychotherapy process*. New York: Plenum.
- MAHONEY, M.J. & FREEMAN, A. (Eds.) (1985). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- POPPER, K. (1976). *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*. Roma: Armando.
- REDA, M.A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: NIS.
- RICE, L.N. e GREENBERG, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- SCHACHTER, S. e SINGER, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- WEIMAR, W.B. (1977). *Notes on the methodology of scientific research*. Erlbaum: Hillsdale.
- WITTGENSTEIN, L. (1964). *Tractatus logico-philosophicus*. Torino: Einaudi.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University: Press.



NOTA INFORMATIVA SOBRE EL ENCUENTRO ANUAL DE SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration)

Guillem Feixas i Viaplana
Universitat de Barcelona

Durante cuatro días del mes de Abril de 1989 se celebró en el Hotel "The Claremont" de Berkeley (California) el encuentro anual de SEPI, una sociedad internacional que agrupa profesionales de distintos países y orientaciones con el fin de explorar los temas relacionados con la integración de la psicoterapia. Esta reunión anual proporciona un contexto idóneo para facilitar los objetivos de SEPI: fomentar la comunicación y servir de grupo de referencia para los interesados en un enfoque integrador de la psicoterapia no necesariamente vinculado a una orientación teórica o escuela específica. La estructura del encuentro estimula los grupos de discusión presididos por miembros destacados de tendencias distintas que discuten sobre un aspecto de la psicoterapia con una voluntad de diálogo. Así, en el encuentro se pueden dar actividades lideradas, p.e., por un conductista y un humanista (ambos conocidos dentro de su línea) que contrastan puntos de vista sobre aspectos concretos con la participación del público asistente. También es común la presentación y comentario, desde múltiples perspectivas, de casos videograbados.

Este encuentro es, además, un lugar muy propicio para la presentación y posterior discusión de propuestas integradoras sobre la psicoterapia. Muchas de estas contribuciones se publican posteriormente en el *Journal of Eclectic and Integrative Psychotherapy* o bien en el recién fundado *Journal of Psychotherapy Integration* (revista oficial de SEPI). Aprovechando el tiempo transcurrido desde la celebración del encuentro, se indicará el lugar de publicación de los trabajos que comentamos a continuación para aquellas personas que deseen más información.

La ponencia de apertura, "Una nueva teoría para la integración de la psicoterapia" corrió a cargo de Mardi J. Horowitz, prestigioso psicoanalista cuyos trabajos sobre el análisis del cambio (Horowitz, 1979), el tratamiento breve de los trastornos de personalidad (Horowitz et al, 1984) y los aspectos cognitivos de la

psicodinámica (Horowitz, 1988) constituyen hitos fundamentales en el área de la integración psicoanalítica. Siguiendo en esta línea de propuesta integradoras queremos destacar la ponencia "Teloponsividad: Un concepto integrador para las psicoterapias" de Joseph Rychlak, autor de sobras conocido en nuestros medios, especialmente tras la traducción al castellano de su excelente y monumental obra sobre personalidad y psicoterapia (Rychlak, 1988). En esta ponencia Rychlak defendió la utilidad para la integración psicoterapéutica de este raro concepto "teloponsividad" relacionado con la responsabilidad en su dimensión futura o teleológica. Otro autor destacado, E. Bordin, en su ponencia "Construcción de la alianza terapéutica: bases para la integración" desarrolló las implicaciones para la integración en psicoterapia de la noción de alianza terapéutica. También integradora, aunque limitada a la depresión, fue la propuesta de J. Andrews "Psicoterapia integradora para la depresión: Un modelo de auto-confirmación". Este autor articula diversos hallazgos empíricos en un modelo de la personalidad del depresivo sobre el que se basa su propuesta intervención integrada (ver Andrews, 1989; en prensa; para más detalles). También en base a la investigación empírica G. Garamoni y R. Schwartz presentaron "La idea de balance cognitivo y la psicoterapia integradora", sugiriendo que cualquier psicoterapia debe tender a un equilibrio óptimo entre cogniciones negativas y positivas (ver Schwartz y Garamoni, 1986). Westen presentó sobre "Cognición social y relaciones objetales" relacionando ambas áreas de estudio, y proponiendo algunas reformulaciones cognitivo-dinámicas de la psicoterapia. En el grupo de discusión conducido por R. Neimeyer, G. Feixas y G. Neimeyer se discutieron las "Contribuciones constructivistas para la integración en psicoterapia". Se presentaron las implicaciones terapéuticas de la epistemología constructivista y se resaltaron sus implicaciones para la integración terapéutica (ver Neimeyer y Feixas, 1990; para más información). Un tema similar, "Constructivismo, enfoque sistémico, teoría e integración psicoterapéutica" fue discutido por la mesa redonda compuesta por E. Auerswald, R. Jay-Green, W. Pinsof, R. Rosenbaum y R. Shapiro.

Varios de los trabajos presentados versaron sobre las discusión de la idea comúnmente extendida de la selección de tratamiento de acuerdo con el tipo específico de problema de acuerdo con la investigación disponible. Así, Michael Lambert y John Norcross señalaron las "Implicaciones de la investigación de resultados terapéuticos para la integración en psicoterapia", sugiriendo que aún nos queda un largo trecho para que este enfoque de la especificidad pueda ser viable. Sobre la "relación entre investigación terapéutica y práctica clínica" hablaron Marvin Goldfried y Leslie Greenberg. Allen Bergin y Larry Beutler dirigieron un grupo de discusión sobre "Investigación psicoterapéutica e integración en psicoterapia" que contó entre sus asistentes con Michael Runyan. Participantes y organizadores coincidimos en valorarla como una de las actividades más interesantes del encuentro al contraponerse en una rica discusión a múltiples bandas los métodos convencionales de investigación con procedimientos más

hermenéuticos a la luz de su relevancia clínica más directa.

Otras contribuciones se centraron en algún aspecto concreto como ingrediente común de las psicoterapias. Por ejemplo, Heitler y Solod en su trabajo "Imágenes visuales: Un instrumento flexible para la terapia integradora" proponen el trabajo con imágenes como elemento que se encuentra en muchos enfoques terapéuticos (humanistas, junguianos, conductuales, etc.). Asimismo, Clum, Critelli, Horvath y Kirsch discutieron el papel del "Placebo como componente del tratamiento y condición de control". En la mesa redonda compuesta por Diane Arnkoff, Iris Fodor, Carol Glass, Marvin Goldfried, Ellyn Kadchak y George Stricker se discutieron las "Cuestiones de género en psicoterapia" destacándose los factores relacionados con el sexo del cliente y terapeuta, y las aportaciones del feminismo a la psicoterapia. Reid presentó un trabajo sobre el "Impacto y la integración de variables culturales en el proceso psicoterapéutico", y también en la línea transcultural Gordon, Linehan y Marlatt debatieron sobre "Buda se encuentra con Occidente: Integración de la psicología oriental con la terapia de conducta".

El tema de los obstáculos a la psicoterapia, la tan temida "resistencia", tuvo también un lugar en el encuentro. Por ejemplo, Hal Arkowitz, Gerald Davison, Leonard Horowitz, Paul Karoly y Varda Shoham-Salomon, protagonizaron un symposium sobre "Obstáculos al cambio en psicoterapia: Perspectivas sobre la resistencia y la falta de cumplimiento", donde se combinaron perspectivas distintas sobre el tema. El mismo tema fue estudiado en el debate entre Hal Arkowitz y Paul Wachtel titulado simplemente "Resistencia en psicoterapia" donde se contrastó la postura interpersonal-gestáltica del primero con la psicodinámica del segundo.

Quizás como uno de los aspectos más características de los encuentros de SEPI, se desarrollaron una serie de mesas redondas con la participación de representantes de tradiciones distintas. Goldfried, Goldsamt, Hayes y Kerr realizaron "Una comparación de tres psicoterapias en la dimensión del feedback del terapeuta". Dougher, Kohlenberg, Messer y Silberschatz comentaron las "Interpretaciones psicoanalíticas y conductistas radicales de transcripciones seleccionadas de sesiones psicoterapéuticas". Kirschner, Liddle, McCulloch y Stricker trataron sobre "Individuo y familia" y señalaron algunas ventajas del enfoque sistémico en el tratamiento de problemas individuales. Finalmente, cabe destacar la mesa redonda integrada por Birk, Fodor, Greenberg, Millon y Powell sobre "Promover combinaciones en psicoterapia integradora: Perspectiva clínicas y de investigación".

Para acabar, queremos mencionar que existen cassettes audio de las sesiones de este encuentro (en inglés) disponibles a través de nuestra asociación. En efecto, SEPI tiene su representación en nuestro país en SEIP: Sociedad Española para la Integración en Psicoterapia. La información sobre las actividades de SEIP puede obtenerse por correo: SEIP, Luis Botella (Secretario), c/ Casanova, 83, 3º 1ª,

Barcelona 08011.

En cuanto a las perspectivas de futuro, decir que SEIP piensa organizar para los próximos 8, 9 y 10 de Marzo sus primeras jornadas nacionales, que contarán con la presencia, entre otros, de Mike Mahoney. SEPI por su parte va a realizar su encuentro internacional anual en Londres, del 12 al 14 de Julio de 1991. Para más información remitimos nuevamente a la ya citada dirección de SEIP.

Referencias Bibliográficas

- Andrews, J. (1989). Psychotherapy of depression: A self-confirmation model. *Psychological Review*, 4, 576-607.
- Andrews, J. (en prensa). *The active self in psychotherapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Horowitz, M. J. (1979). *States of mind*. New York: Plenum.
- Horowitz, M. J. (1988). *Psychodynamics and cognition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, y Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Neimeyer, R. A. y Feixas, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of Eclectic and Integrative Psychotherapy*, 9, 4-20.
- Rychlak, J. (1988). *Personalidad y psicoterapia*. México: Trillas. (Original 1981)
- Schwartz, R. M. y Garamoni, G. L. (1986). A structural model of positive and negative states of mind: Asymmetry in the internal dialogue. En P. C. Kendall (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy (vol. 5)*. New York: Academic Press.



COMENTARIO DE LIBROS

FEIXAS, G., Y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Desde sus mismos orígenes, el constructivismo se ha configurado como una meta-teoría integradora con vocación de trascender disciplinas concretas y proporcionar un marco teórico de referencia que permita encuadrar las aportaciones de otras corrientes a un nivel jerárquico superior, haciendo así posible y coherente su orquestación. Esto es precisamente lo que Feixas y Villegas ponen de manifiesto en la obra que nos ocupa.

En la primera parte del libro (**La epistemología constructivista**) se rastrean sus orígenes filosóficos que, según los autores, se remontan a los sofistas presocráticos y a su idea de que la realidad era una cuestión de opinión ("doxa"). A continuación se discute la presencia de puntos de vista paralelos al constructivismo (o explícitamente constructivistas) en disciplinas tradicionalmente consideradas como modelo de la Ciencia en general; la Física, la Biología, la Cibernética (otro meta-paradigma equiparable al constructivismo) y la Filosofía de la Ciencia. Capítulo aparte merecen los **Desarrollos de la epistemología constructivista en Psicología**, ya que se refieren a líneas de la trascendencia de la Psicología Genética de Jean Piaget, la Psicología Cognitiva, la Psicología Social Constructivista (p.e los trabajos de Berger y Luckman o Gergen y Davis) y la Psicología de los Constructos Personales de G.A. Kelly.

La segunda parte del libro (titulada **La psicoterapia constructivista**) reviste una mayor trascendencia para el tema de la integración en psicoterapia. En un primer apartado los autores discuten cuatro corrientes terapéuticas diferenciadas que, sin embargo, se han fecundado mutuamente gracias a su base epistemológica común. Se trata de la terapia de constructos personales, el enfoque sistémico, la teoría de los procesos de cambio humano (representada por M. Mahoney) y los enfoques evolutivos en psicoterapia (la **Developmental Therapy** de Allen E. Ivey y el prometedor trabajo de Guidano y Liotti).

El siguiente apartado se podría considerar una matriz conceptual para los intentos de integración, ya que plantea **Una visión constructivista del proceso terapéutico**. En este sentido, y aplicando la sugerencia constructivista de centrarse en la subjetividad en lugar de intentar describir las cosas "desde fuera", los autores emprenden una descripción del proceso que denominamos "psicoterapia" desde la perspectiva de los cambios por los que atraviesa el sistema de

construcción **del cliente**. Este punto de vista les permite desarrollar durante la treintena de páginas que componen este apartado (las más ricas e innovadoras de la obra por lo que respecta al tema que nos ocupa) una propuesta de integración que basan en la jerarquía de niveles que proponen: nivel meta-teórico o epistemológico, nivel teórico, nivel clínico, nivel estratégico y nivel técnico. Tener presente este sistema jerárquico permite integrar armónicamente diferentes **técnicas**, en función de la **estrategia** determinada por la casuística **clínica** de un cliente concreto, siempre dentro de un marco **teórico** que, a su vez, se inscribe en una perspectiva **meta-teórica**: el constructivismo.

La consideración de la terapia como la reconstrucción que el cliente hace de su realidad lleva a los autores a plantearse, entre otros, los temas de la relación terapéutica, los objetivos de la terapia y los mecanismos de cambio. Vale la pena detenerse en el tratamiento que hacen de este último punto, pues ilustra su concepción de la integración en psicoterapia. Consideran los niveles de cambio terapéutico esbozados por Kelly como estrategias (a establecer teniendo en cuenta el nivel clínico jerárquicamente superior), y vinculan cada una de ellas con una o más técnicas de intervención. De esta forma, lo que muchas escuelas consideran teorías, estrategias, tácticas, etc. (polisemia que contribuye a la confusión) se convierten en técnicas utilizadas para cumplir una determinada **estrategia**. Por ejemplo, para conseguir la estrategia de articular constructos no-verbales se pueden emplear, según los autores, algunas de las siguientes **técnicas**: rotulación, asociación libre, focalización corporal, análisis de sueños o trabajo artístico creativo. El diferente origen teórico de todas ellas demuestra que es posible ser ecléctico sin ser anárquico.

En resumen, esta obra (especialmente algunos de sus capítulos) resulta esclarecedora desde el punto de vista de la integración en psicoterapia porque aporta un “mapa” conceptual que permite no perderse por el camino, diferenciando integración de eclecticismo. El constructivismo, debido a que no se interesa tanto por los contenidos como por los procesos, parece configurarse como un marco particularmente adecuado para tales fines. Ello requiere, sin embargo, encuadrar dicha corriente en un nivel epistemológico o meta-teórico (empleando la jerarquía que se propone en esta obra); para quienes la consideren simplemente como otra “teoría” (y en el libro se nos advierte de que ésta es la visión de ella que mantienen incluso algunos de sus seguidores) todo se reducirá a “un rechazo explícito de las similitudes con otros enfoques”, una adscripción acrítica al “lenguaje idiosincrático empleado para describir su teoría y psicoterapia” y un mantenimiento cerril de la “ortodoxia kellyana”. En este sentido, la capacidad integradora de la epistemología constructivista depende, precisamente, de que se la considere como tal, es decir, como epistemología.

Lluís Botella García del Cid

REVISTA DE REVISTAS

BECK, A. T. (1985). Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. (pp. 349-371). Barcelona: Paidós. (original de 1985, adaptado de una conferencia de 1983).

En este artículo Beck señala los paralelismos entre los enfoques mencionados en el título. Por ejemplo, propone que al facilitar cambios cognitivos se desencadenan también fisiológicos y viceversa. Sin embargo, más allá de las similitudes o el funcionamiento en paralelo, Beck sugiere la supremacía de lo cognitivo al indicar que todo cambio efectivo es reducible a procesos cognitivos, para lo cual se apoya en varias investigaciones. Como caso paradigmático se centra en el análisis de la anhedonia. Acaba el artículo señalando los componentes cognitivos de la terapia de conducta, psicoanálisis y tratamientos farmacológicos, insinuando que el enfoque cognitivo puede representar un buen marco integrador para distintas terapias. (GF)

FRANK, J. D. (1988). Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. (pp. 73-102). Barcelona: Paidós. (publicado originalmente en 1982 por la APA)

Este artículo, un clásico de la integración en psicoterapia, sienta las bases del enfoque de integración conocido como "factores comunes". La tesis principal de tal enfoque es que existe un notable grado de comunalidad en todas las psicoterapias, a pesar de que los proponentes de las distintas escuelas se esfuercen por demostrar la unicidad de su enfoque. El artículo empieza señalando aquello que distingue a la psicoterapia de otro tipo de charla. A continuación revisa algunos de los límites intrínsecos más importantes con los que se encuentra la investigación y resume algunos de sus hallazgos más sólidos, como por ejemplo la constatación de la efectividad de las psicoterapias sin que ninguna demuestre ser efectivamente superior a las demás. Seguidamente Frank nos describe su hipótesis central: las psicoterapias tienen efecto porque, independientemente de la escuela, todas combaten el sentimiento de desmoralización del paciente, entendido como sentimiento de incompetencia, desesperanza, alienación y pérdida de la autoestima. Prosigue el artículo especificando cuáles son los componentes curativos comunes a la mayoría de las psicoterapias (relación personal/emocional, ambiente de cura, explicación o conceptualización (mito), y ritual terapéutico), centrándose segui-

damente en las propiedades terapéuticas del mito y del ritual, al respaldo de algunos hallazgos empíricos. Finalmente, reconoce que los factores más cruciales para el éxito terapéutico no residen en la escuela o modelo sino en el cliente y el terapeuta, y principalmente en su interacción. En definitiva, un completo y excelente artículo digno de ser tenido en cuenta tanto por sus defensores como por aquellos que discrepen. (GF)

GARCIA MONJE, J. A . (1983). El focusing de Gendlin como estructura técnica del darse cuenta guesáltico. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 5, pp. 71-81.

Como su preciso título indica, este artículo sugiere a los terapeutas guesálticos el uso del focusing para integrarlo en su repertorio técnico. La propuesta está bien formulada y se fundamenta en la estrategia guesáltica del darse cuenta. El artículo supone además una buena introducción a la técnica del enfoque corporal o focusing. (GF)

GIMENO, A. (1983). Análisis transaccional como fuente teórica de la terapia gestalt. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 5, pp. 26-31.

Este trabajo teórico analiza las relaciones entre dos corrientes de la Psicología Humanista que evolucionaron paralelamente y que (por lo que aporta la autora) parece difícil discernir en algunos casos quien influyó a quien. Dada la notable sobreposición de la terapia guesáltica y el análisis transaccional (en el sentido de que muchos de sus practicantes combinan ambas terapias) el artículo presenta un especial interés al clarificar conceptualmente estas cuestiones. A pesar de su brevedad, denota el profundo conocimiento de ambas orientaciones por parte de la autora. (GF)

MATEU, C., CUNILLERA, C., Y FEIXAS, G. (1988). La utilización de los sueños como material de trabajo en una terapia familiar sistémica; Vinculación con el enfoque constructivista. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 23/24, 105-113.

Se propone la utilización de los sueños como material a partir del cual los terapeutas construyen una realidad alternativa que presentan a la familia incluida en una redefinición o metáfora. Se intenta de esta forma integrar una técnica tradicionalmente utilizada en psicoanálisis y en la terapia guesáltica, el análisis de sueños, en el seno de la terapia familiar sistémica de orientación constructivista. Todo lo anterior se expone mediante la discusión de un caso clínico. (LB)

PROCTER, H. (1989). Cambio en el sistema de constructos familiares; terapia con un paciente esquizofrénico mudo y retraído. En R. Neimeyer y G. Neimeyer (Eds.), *Casos de terapia de constructos personales* (pp. 159-173) Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original publicado en inglés 1987).

Basándose en la integración entre la terapia familiar sistémica y teoría de constructos personales que el propio Harry Procter viene desarrollando, se presenta un caso clínico que ilustra cómo una reconstrucción del problema de una familia, al ser integrada, induce cambios conductuales que hacen emerger un nuevo sistema de constructos familiares. Cabe apuntar, sin embargo, que la resolución a la "milanesa" del caso expuesto no se comprende bien si no se conocen las intervenciones de Selvini y sus colegas. (LB y GF)

ROSAL, R. Y GIMENO-BAYON, A . (1988). Pluralidad tecnológica en las terapias humanistas. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 23/24, 7-16.

Aunque limita su ámbito dentro de las terapias humanistas, se trata de un excelente trabajo de integración entre diversidad de técnicas. Ciertamente, uno de los grandes problemas de la psicoterapia humanista es su pluralidad. Articular la bioenergética o la regresión con la terapia centrada en el cliente o el análisis transaccional, pasando por el psicodrama y el focusing, no deja de ser a la vez un mérito de los autores y una necesidad de la psicología humanista. El artículo, aunque breve consigue sus propósitos de presentar un marco o planteamiento general integrador (aunque el lector se queda con ganas de profundizar) a partir de una serie de dimensiones terapéuticas: uso del tiempo, espacio, fantasía, materiales, encuentro interpersonal, y expresión corporal. En síntesis, una propuesta prometedora para el enfoque humanista/experiencial que nos deja a la espera de que esta semilla se desarrolle en un trabajo más extenso, detallado y completo. (GF)

SOLDZ, S. (1989). La fuga de la relación: reflexiones sobre la terapia psicoanalítica desde la perspectiva de los constructos personales. En R. Neimeyer y G. Neimeyer (Eds.), *Casos de terapia de constructos personales* (pp. 89-100). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1987).

Se propone una integración entre los conceptos de la Escuela de Psicoanálisis Moderno de H. Spotnitz y los de la teoría de constructos personales. La propuesta se centra en el tema de la relación terapéutica y, en concreto, de las dificultades que los clientes pueden oponer a ella. Así, se analizan los conceptos de **resistencia destructora del tratamiento, funcionamiento de contacto y pregunta dirigida al objeto**. La discusión se completa con la exposición del caso de una paciente especialmente resistente, y de cómo se manejó tal resistencia desde una perspectiva integrada psicoanalítico-constructivista. (LB)

TAKENS, R. (1989). La teoría de los constructos personales y la terapia centrada en el cliente: dos caras de una misma moneda. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 40-51. (Presentado en una conferencia en 1987).

Tal como su título indica, este trabajo compara dos enfoques terapéuticos. Takens destaca ya desde el principio las similitudes entre las terapias de Rogers y

Kelly, especialmente a partir de los últimos avances de los seguidores de la terapia centrada en el cliente. Cabe destacar que la exposición que hace el autor de la evolución diferenciada de esta terapia en tres líneas características (orientación cognitivo-reflexiva, experiencial y interaccional) resulta muy informativa y bien documentada. Acaba el artículo con un sección sobre posibles intercambios entre ambos enfoques. (GF)

WINTER, D.A. (1989). La psicoterapia de constructos personales como alternativa radical al entrenamiento en habilidades sociales. En R. Neimeyer y G. Neimeyer (Eds.), *Casos de terapia de constructos personales* (pp. 117-131) Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original publicado en inglés 1987).

A partir de una crítica a la insuficiencia de los modelos de entrenamiento en habilidades sociales prevalentes (modelo de déficit de respuesta, modelo de discriminación defectuosa y modelo de inhibición de respuesta) el autor propone a la teoría de constructos personales como un marco integrador que permite comprender y explicar porqué un determinado cliente puede, por ejemplo, saber en qué consiste una conducta socialmente habilidosa, saber cuándo debería aplicarla, no manifestar síntomas de ansiedad ni cogniciones desadaptativas y, con todo, no comportarse en consecuencia. De esta forma, desde un marco constructivista resulta posible orquestar toda la gama de técnicas que han surgido de los modelos antes citados para dotarlas de una mayor eficacia. Esta perspectiva se ilustra mediante un caso clínico. (LB)

Guillem Feixas y Lluís Botella



REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA

Desde 1981 RPPH es un importante medio de difusión del movimiento humanista. Las monografías de RPPH constituyen una inapreciable sistematización y actualización para el profesional y el estudiante.

Números aún disponibles:

Núm.	9	Psicodrama	500	pts.
Núm.	10	Enfoque centrado en la persona	500	pts.
Núm.	11	Terapias no verbales	500	pts.
Núm.	12	Terapia familiar en la asistencia pública	600	pts.
Núm.	13	Educación y Psicología Humanista	600	pts.
Núm.	16	El Análisis Transaccional después de Berne	600	pts.
Núm.	17	Nuevas aportaciones al enfoque centrado en la persona	600	pts.
Núm.	18	Psicología del Deporte	600	pts.
Núm.	21	Marginación e intervención social	700	pts.
Núm.	22	Práctica y teoría psicósomática	700	pts.
Núms.	23/24	Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica	1.200	pts.
Núm.	25	Psicoterapia Existencial	700	pts.
Núm.	26	La Psicología de los Constructos personales	750	pts.
Núms.	27/28	Empatía: Procesos de escucha y comprensión en la interacción humana	1.300	pts.

OFERTA: 30% de descuento, para todos los que soliciten un lote mínimo de 3 números.

Pueden solicitarse los números atrasados disponibles adjuntando su importe mediante cheque nominativo (NO giro postal) a:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista
Apartado 90.097 - 08080 BARCELONA

Xoroï

LLIBRERIA

ESPECIALITZADA EN PSICOLOGIA I PSICOANÀLISI

- Importació de llibres
- Comptes de client
- Sala de conferències
- Informació bibliogràfica
- Butlletins de novetats



bus: 16-17-58-64-74
Ferrocarriils Generalitat: Putxet

Berlès 20 · 08022 Barcelona

418 53 36



ESTEL®

CENTRE DE CREIXEMENT PERSONAL

Comtal, 3
08002 Barcelona
Tel.: (93) 317 29 29

ACTIVIDADES

- Diagnóstico. Terapia. Sexoterapia
- Tratamientos intensivos
- Grupos de Terapia y Crecimiento Personal
- Encuentros de Crecimiento y Amistad
- Plan ESTEL de Salud Integral
- Método ESTEL-BILLINGS para regular la concepción
- Masaje. Yoga
- Formación y Reciclaje Profesional

PRESENTACION DEL LIBRO:

«NACIDOS DE LA TIERRA. Sexualidad, origen del ser humano»

Autores: Ramón V. Albareda y Marina T. Romero

Editorial: HOGAR DEL LIBRO

NOVEDAD, tanto en el **fondo** como en la **forma**. (Patentado)

PRESENTACION DEL JUEGO:

«PROYECTO. El Juego de la Nueva Era» (Patentado)

Inventores: Ramón V. Albareda, Marina T. Romero, Miguel Angel Martínez y Carmen Cánovas.

Fabricante: CEJU. Alcoy (Alicante)

Basado en las Cuatro Estaciones del año. Versión lúdica del Crecimiento Personal.

FECHA:

DIA 11 DE DICIEMBRE, 20 HORAS

en HOGAR DEL LIBRO. c/ Ramalleras, 17

a cargo de LEOPOLDO CAL, Abogado. Secretario General del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

OTRAS FECHAS DE PRESENTACION:

Día 12, en librería XOROI.

Día 13, en Librería ARUNACHALA.

Día 14, en ESTEL

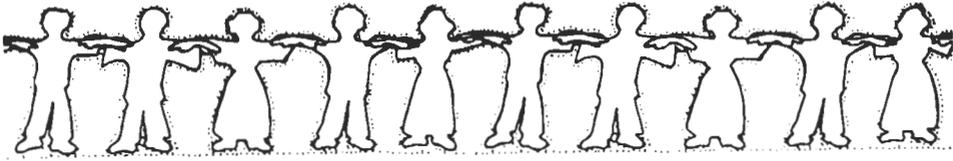
**BASES DEL
PREMIO A.P.H.C.
A UN ARTICULO O TRABAJO DE INVESTIGACION
SOBRE PSICOTERAPIA**

- 1.- La Asociación de Psicología Humanista de Cataluña, con la colaboración de la Revista de Psicoterapia, convoca un premio dotado con 40.000 ptas. para un artículo o trabajo de investigación inédito sobre Psicoterapia.
- 2.- El trabajo galardonado será publicado en la Rev. de Psicoterapia. Si la extensión del trabajo hiciese inviable su publicación, se solicitaría un resumen en forma de artículo.
- 3.- El tema debe incluirse dentro del ámbito de la Psicoterapia. La extensión del trabajo es libre y podrá estar redactado en cualquiera lengua del Estado Español.
Los trabajos que opten al premio deben ser inéditos.
La escuela teórica, modelo terapéutico, metodología de trabajo, etc; son libres. Sin embargo, el Jurado valorará especialmente los trabajos o artículos cuya orientación sea similar a la propia de la Revista y/o de la APHC.
- 4.- El Jurado estará formado por el director de la Rev. de Psicoterapia -Dr. Manuel Villegas- dos miembros de su Consejo de Dirección -Ramón Rosal y Ana Gimeno- y 3 representantes de la APHC -Luis Casado, M^a del Mar Gómez y Nuria López-.
- 5.- El premio podrá ser declarado desierto, pero no podrá dividirse. Aunque el Jurado puede dar cuantos accésits desee.
- 6.- Los artículos o trabajos deberán enviarse a la REVISTA DE PSICOTERAPIA, Aptdo. de correos 90097 - 08080 Barcelona- antes del 30 de Noviembre de este año.
- 7.- El veredicto del Jurado será hecho público por medio de la Revista durante el primer trimestre del próximo año.
- 8.- Los trabajos se entregarán mecanografiados a doble espacio y en tamaño DIN A4 o folio escritos en una sola cara, con las páginas numeradas. Se enviarán tres copias del trabajo y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.
- 9.- Se adjuntará resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible acompañado de tres a diez palabras clave para índices.
- 10.- En el artículo solo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve curriculum.
Asimismo se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya trabajado.
- 11.- Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de Referencias Bibliográficas correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (APA). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la lista y viceversa. En el texto se indicará año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

En Barcelona, a 3 de Marzo de 1990

En representación de la APHC

En representación de la Rev. de Psicoterapia.



INSTITUTO ERICH FROMM DE PSICOLOGIA HUMANISTA

Rector Ubach, 46, 1º 1ª - 08021 Barcelona - Tel. (93) 201 1016

Madrazo, 113, bajos, 2ª - 08021 Barcelona - Tel. (93) 414 2507

I Instituto para la formación e investigación en psicoterapia

(Equipo de 8 profesores colaboradores)

FORMACION EN PSICOTERAPIA para postgraduados

480 horas lectivas + prácticas vivenciales opcionales (en 2 ó 3 años)

ESPECIALIZACIONES:

- 1) PSICOTERAPIA INTEGRADORA HOLISTA (integración de procedimientos gestálticos, transaccionales, postrogerianos, corporales, constructivistas, conductuales, en un marco humanista-existencial)
- 2) PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA (con enfoque también integrador)

POSIBILIDAD DE CURSAR PROGRAMAS SUELTOS DE 20 HORAS

(20% de incremento de precio)

II Centro de Psicoterapia

(Equipo de 15 psicoterapeutas colaboradores)

Psicoterapia individual, grupal (5 grupos permanentes, más marathones), de pareja y familiar

III Escuela para el crecimiento personal y el autoconocimiento.

Programas de Antropología existencial y de Psicología evolutiva de la personalidad, más grupos de métodos psicocorporales.

IV Escuela de educadores para comunidades de toxicómanos

(Equipo de 10 profesores)

Nota: Hay posibilidad de proyectos de formación, fuera de Barcelona en programas intensivos.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

CURSO POSTGRADO EN TERAPIA COGNITIVO/SOCIAL

Seminarios Monográficos impartidos por:

Dr. Carlos Castilla del Pino (Córdoba)
Dr. Giovanni Liotti (Roma)
Dr. Germain Lietaer (Leuven)
Dr. Michael Mahoney (USA)
Dr. Raffaele Menarini (Roma)
Dr. Juan Luis Linares (Barcelona)
Dr. Francesco Mancini (Roma)
Dra. Maite Miro (La Laguna)
Dr. Joyce Moniz (Lisboa)

Matrícula: Es posible matricularse de todos o sólo de algunos seminarios, al precio de 10.000 pts. unidad

Calendario: viernes y sábados, quincenalmente, de enero a junio 1991

Horario: Viernes de 19 a 21, sábados de 9 a 13 y de 16 a 20

Información e inscripciones dirigirse a:

Pilar Medina
Curso Postgrado Terapia Cognitivo/Social
Departament de Personalitat, Avaluació
i Tractament Psicològics.
Facultat de Psicologia
C/ Adolf Florensa, s/n
08028 - BARCELONA
Tel. 333 34 10

Primeras Jornadas sobre

INTEGRACION EN PSICOTERAPIA

Organizadas por SEIP

Barcelona, 7, 8, y 9 de Marzo de 1991

- * Ponencias invitadas, comunicaciones y posters: días 7 y 8
- * Seminario Teórico-práctico a cargo de MICHAEL MAHONEY: día 9

ACEPTACION DE COMUNICACIONES Y POSTERS:

HASTA EL 31-1-1991

Para envío de comunicaciones y posters, y solicitud de información sobre las Jornadas, Seminario, o **SEIP** (Sociedad Española para la Integración en Psicoterapia) dirigirse a:

SEIP

Torre dels Pardals, 65 At. 2ª

Barcelona 08032 tel. (93) 256 28 82

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio escritos en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios, que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo, y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

3. Se adjuntará un resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve curriculum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de *Referencias bibliográficas* correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la lista y viceversa. En el texto se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

6. Deberán evitarse en lo posible las notas al pie de página. Cuando existan, deberán escribirse a máquina en hoja aparte, empleando una numeración correlativa. Dicha hoja se añadirá al final del texto.

7. El Comité Editorial se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente; o también cuando no pueda relacionarse con los temas monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar cinco ejemplares con el artículo publicado o separatas, cuando se editen. En el caso de que el autor precisara un número mayor, el costo de los mismos correrá a su cargo.

9. El Director, el Comité Editorial y el Consejo de Redacción no aceptan responsabilidad alguna sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales. Además, el Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los editoriales firmados.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Apartado de Correos 90.097 - 08080 Barcelona

Tel. (93) 414 2507

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA**, al precio de 3.000 ptas. para el año 1990.

Apellidos

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad D.P.

DOMICILIACION BANCARIA

Banco/Caja

Agencia nº:.....

Dirección

Ciudad D.P.

Sírvase abonar con cargo a mi cuenta corriente / libreta número y hasta nuevo aviso, los recibos de la **REVISTA DE PSICOTERAPIA**.

Firma:

NOMBRE: